



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
"EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO"

FACULTAD DE PSICOLOGIA
INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MEXICO
CLAVE DE INCORPORACIÓN 8852-25

**SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS RESIDENTES
DE POSGRADO DEL HOSPITAL GENERAL DE
RENACIMIENTO "DR. DONATO G. ALARCÓN".**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
ALMA ANAHI AYALA AMARO

DIRECTOR DE TESIS
CARLOS ALBERTO GONZÁLEZ HERRERA



ACAPULCO, GRO. JUNIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1: Antecedentes históricos.....	3
1.1 Historia e importancia de los hospitales.....	3
1.2 Hospitales en guerrero.....	5
1.2.1 Surge la necesidad de más hospitales.....	5
1.3 Hospital Gral. Dr. Donato G. Alarcón de la S.S.A. en Cd. Renacimiento.....	7
1.3.1. Datos generales de la institución.....	7
1.3.2. Hospital general renacimiento un “segundo nivel de atención”.....	9
1.4 Personal de salud.....	10
1.5 Residencia Médica.....	11
1.5.1. Motivos para realizar una especialidad	12
1.5.2. Desafíos durante los años de la residencia y salud mental.....	13
1.5.2.1. Retos presentes por año de residencia.	14
1.5.2.2. Representaciones sobre su propia salud mental durante la residencia.....	18
1.5.3. El médico residente y el estrés.	19
Capítulo 2: Síndrome de Burnout.....	26
2.1 Generalidades.....	26
2.2 Burnout en el área de la salud.	34
2.3 Burnout como desarrollo dinámico.	42
2.4 Diferencias entre desgaste y estrés.....	45
2.5 Diferencias entre desgaste y depresión.....	52
2.6 Desgaste y patrones de conducta.....	54

2.7 Desgaste y satisfacción en el trabajo	58
Capítulo 3: Manejo y prevención del síndrome de burnout.....	67
3.1 Afrontamiento.....	68
3.1.1 Tipos de afrontamiento.....	71
3.1.2 Técnicas de afrontamiento.....	71
3.2. Habilidades sociales.....	74
3.3. Intervención y prevención.....	77
3.3.1. Clasificación de las intervenciones en función de sus objetivos.....	78
3.3.1.1 Intervención primaria.	78
3.3.1.2. Intervención secundaria.....	80
3.3.1.3. Intervención terciaria.....	81
3.3.2. Clasificación de las intervenciones en función del nivel de actuación.....	81
3.3.2.1. Técnicas de intervención individuales.....	83
3.3.2.2. Técnicas de intervención organizacionales.....	88
3.3.3 Prevención del burnout, intervenciones relacionadas con el apoyo social.	90
Capítulo 4: Estrategias y propuestas de abordaje	92
4.1. Estrategias de nivel individual.....	92
4.2. Estrategias de nivel grupal.....	94
4.3. Estrategias a nivel organizacional.....	95
4.4. Propuestas de afrontamiento del síndrome de Burnout.....	96
4.5 Aplicación de técnicas Cognitivo Conductual para facilitar el manejo del Síndrome de Burnout.....	99
4.5.1. Técnicas de Relajación.....	101
4.5.1.1. Relajación Progresiva.....	102

4.5.1.2. Relajación Autógena.....	106
4.5.2. Técnica de Restructuración Cognitiva.....	108
4.5.2.1. Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas.....	109
4.5.2.2. Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas.....	110
4.5.3 Técnica de Imaginería.....	111
4.5.4. Solución de Problemas.....	113
Capítulo 5: Metodología de la investigación.....	116
5.1 Planteamiento del Problema.....	116
5.2 Pregunta de Investigación	117
5.3Justificación.....	117
5.4 Hipótesis.....	119
5.5Objetivos.....	119
5.5.1 Objetivo primario.....	119
5.5.2 Objetivo Secundario.....	119
5.6 Material y Métodos.....	120
5.6.1 Diseño del estudio.....	120
5.6.2 Material.....	120
5.6.2.1 Población objetivo.....	120
5.6.2.2 Población elegible.....	120
5.6.3 Criterios de Selección.....	120
5.6.3.1 C de Inclusión.....	120
5.6.3.2 C de Exclusión.....	120
5.6.3.3 C de Eliminación.....	121
5.6.4 Definición operacional de la variable de resultado.....	121
5.6.5 Instrumento de Medición.....	121

5.6.6 Recolección, captación y análisis de datos.....	122
5.6.7 Método.....	123
5.7 Consideraciones éticas.....	126
Conclusiones.....	128
Referencias bibliográficas.....	129
Anexo 1 Carta Consentimiento del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.....	142
Anexo 2 Cuestionario de factores asociados a síndrome de burnout.....	143
Anexo 3 Cuestionario de Maslach.....	144
Anexo 4 Cartas descriptivas de la propuesta de intervención.....	146
Anexo 5 Instrucciones para lograr una correcta relajación.....	159
Anexo 6 Postura de relajación.....	160
Anexo 7 Ejercicios de relajación.....	163

Resumen

El médico durante su formación, se encuentra expuesto a distintos estímulos estresores en los diferentes contextos académicos en los que se desenvuelve, desde la Facultad de Medicina, el internado de pregrado, su pasantía de servicio social y las residencias médicas, cada uno de estos entornos presenta diversos retos y niveles de competencias que superar, de tal manera que éste proceso de crecimiento, demandará del estudiante sus capacidades físicas y psicológicas de afrontamiento para superar cada una de las etapas académicas, sin embargo estas se pueden ver rebasadas y es cuando surge el llamado estrés académico (EA) con sus manifestaciones físicas, psicológicas y/o comportamentales. Por otra parte, si no se toman las medidas necesarias para prevenir, detectar y tratar el problema, el estudiante puede desarrollar el llamado síndrome de burnout (SB), situación donde el individuo presenta manifestaciones de mayor afectación física, psicológica y/o comportamentales, con sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Introducción

La satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. La Administración sanitaria tiene un gran interés por mejorar la calidad de los servicios prestados a la población y por el grado de satisfacción del paciente, sin embargo, hace poco hincapié en conocer la satisfacción de sus trabajadores y la calidad de vida profesional, a pesar de que el bienestar laboral de los profesionales influye en la efectividad de su trabajo (Skelton y Beyer, 2002). García Sánchez define el concepto de calidad de vida profesional como la experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas Buchner, et al., 1997. Recientemente el término de burnout (síndrome de desgaste profesional) se presenta con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud, afectando el desempeño laboral en los ambientes de salud pública. En la actualidad es una de las causas más importantes de incapacidad laboral. Este problema se presenta cuando no existe un correcto balance entre las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario; suele producirse por una sobrecarga de trabajo importante de más de seis meses de duración. En general “es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

OBJETIVO: Determinar el síndrome de desgaste profesional (SDP) en residentes de especialidades médicas, y por consiguiente el dominio de la escala de Maslach más afectado en la población de estudio, para ver si se puede establecer una asociación entre agotamiento profesional del personal en formación con el SDP así como el grado de responsabilidad con este.

Capítulo 1: Antecedentes históricos

En éste capítulo se describe el contexto hospitalario donde se llevó a cabo la investigación, desde sus orígenes, infraestructura actual y las actividades que realiza el médico residente durante su estancia formativa, además, se plantea y describe la problemática observada, incluyendo las perspectivas internacionales, nacionales y locales respecto al tema.

1.1. Historia e importancia de los hospitales

Los hospitales son una de las grandes esperanzas de la población para recuperar la salud perdida por alguna situación, lo que hace que estas unidades de salud tengan una gran importancia en cuanto a las expectativas que tiene la población, es esta expectativa la que nos motiva a analizar cómo está respondiendo el personal de salud ante tanto desgaste profesional, por lo que iniciaremos con un poco de historia de la atención medica de segundo nivel.

La hoy Secretaria de Salud de la Ciudad de México, nació un 15 de diciembre de 1909, el entonces gobernador de la Ciudad de México, don Guillermo de Landa y Escandón, inauguró el primer puesto de socorros para el “tratamiento de lesiones”. Fue el origen de esta institución de salud pública, que en este 2020 cumplió 111 años. La prensa de esa fecha daba cuenta de sus palabras en tan memorable momento: “No dudo que la pericia, esmero y actividad del personal de médicos, practicantes y enfermeras, harán disminuir mucho las contingencias bien conocidas que impedían prestar cuidados eficaces e inmediatos a los heridos y lesionados”, el Dr. Leopoldo Castro fue el primer director (Carrillo, 2002).

En aquellos años, el antiguo Hospital Juárez de la Ciudad de México había sido rebasado para atender lo que se llamaba “hechos de sangre”, que consistía en atender a heridos y accidentados en las calles capitalinas, sobre todo de personas de escasos

recursos económicos. Eran tiempos prerrevolucionarios, donde prevalecía gran agitación política. Por ello esta unidad sanitaria era una dependencia de la policía, cuyo nombre completo fue Puesto Central de Socorros de las Comisarias de la Policía. Estaba ubicado en las calles de Las Verdes (ahora Victoria) y Revillagigedo, en el centro de la Ciudad.

Con el tiempo, el número de puestos de socorro llegó a ser de cuatro, y su denominación llevaba el numeral con el que fueron creados: uno, dos tres y cuatro. Dado que la ciudad afrontaba problemas de heridos y traumatizados, se desarrolló la especialidad de traumatología, medicina legal y anestesia. Estas artes médicas son la simiente de los servicios de salud en la ciudad, que lograron gran refinamiento por la práctica y la complejidad que requerían algunas de las cirugías. Tan alto grado de especialización alcanzaron muchos médicos que en 1910 el Dr. Xavier Ibarra realizó la primera cirugía a corazón abierto (Fernández, 1990).

Hacia 1935 y hasta 1960, esta Secretaria se llamó Jefatura de los Servicios Médicos de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal, como se conoció a la capital por albergar los poderes federales y ser un territorio dependiente del gobierno federal, hasta el año 2016, cuando se cambia a Ciudad de México, como paso previo a su autonomía jurídica. Todo este proceso culminó con la promulgación de su primera constitución, el 5 de febrero de 2017 (Álvarez, 2002).

En 2016 inicia el Programa El Médico en Tu Casa en las delegaciones Iztapalapa y Gustavo A. Madero, que son las zonas con mayor número de habitantes con problemas de salud. El programa tuvo como finalidad localizar e identificar a personas que por su condición de salud no pudieran trasladarse a una unidad médica para su atención. Su población objetivo fue el adulto mayor sin capacidad de trasladarse, personas con discapacidad, mujeres embarazadas sin control prenatal y a los enfermos en etapa

terminal. Desde 2019 el programa se transformó, y pasó a ser parte de uno de los componentes del nuevo modelo sanitario, Salud en tu Vida; su encomienda es brindar atención médica y medicamentos gratuitos a los adultos mayores (Bustamante, 1988).

1.2. Hospitales en Guerrero

Acapulco, famoso puerto del Estado de Guerrero, en México, localizado en las costas del Océano Pacífico, inició sus actividades hospitalarias en tiempos de la conquista ibérica. Entre 1538 y 1567, los frailes agustinos tuvieron una fundación religiosa, donde probablemente, como era costumbre, además de los aspectos religiosos, se atendía a carentes de la salud y de bienes materiales. Posteriormente, Acapulco tuvo su primer hospital, debido a los esfuerzos e interés de Bernardino Álvarez (1514-1584), fundador de la orden de los Hipólitos; lo destinó a la atención de pobres y enfermos que residían en el puerto, pero también se daba servicio a las tripulaciones de los galeones transpacíficos y a militares, previa recuperación económica acorde con sus sueldos.

Al establecimiento se le dio el nombre de Nuestra Señora de la Consolación, recordando a la virgen que “cuidaba y daba compasión” a los desprotegidos. En el tiempo de fundación del hospital, Acapulco era un lugar difícil de atender (Lara-Bayón et al., 2016).

1.2.1 Surge la necesidad de más hospitales

En la tercera década del siglo XX, después de terminado el movimiento armado de la Revolución Mexicana (1910-1920), empezaron a llegar y a residir en Acapulco médicos cirujanos titulados, quienes en sus domicilios particulares y consultorios “internaban” y atendían pacientes; cuando era necesario también atendían a parturientas. El Hospital Civil Morelos y el Hospital General de Acapulco (Bustamante, 1988).

Ante la falta de un hospital que atendiera en particular a pobres, en 1938 empezó a funcionar un establecimiento asistencial, pequeño, modesto, fundado con ayuda privada

y gubernamental; se le dio el nombre de Hospital Morelos, recordando a José María Morelos y Pavón, héroe de la Independencia. El hospital formaba parte de una red de servicios médicos que se construía en el país; eran tiempos próximos a la Segunda Guerra Mundial (Velásquez, 1991).

Se decía que en caso de ataques extranjeros, el hospital situado estratégicamente en la costa del Océano Pacífico, era una buena medida de protección médico social. El Hospital Morelos fue remodelado en varias ocasiones y hacia 1960 tenía poco más de 90 camas y una sección privada. El Hospital Morelos se fundó donde estuvo el Hospital de Nuestra Señora de la Consolación. La vida del Hospital Morelos en sus primeros años fue difícil; en 1945, con personal escaso, no era raro que al pasar visita el médico cada día por la mañana, se descubriera un individuo ya estaba inmóvil, con la “mirada” pérdida en párpados medio abiertos y amoratados, mostrando dentadura escasa, con miembros adelgazados; había fallecido (Agostini, 2013).

Entre el insuficiente personal ello causaba azoramiento y turbación que no tardaba en desaparecer, para sentirse nuevamente al día siguiente: otro hombre privado de la vida. A ello contribuía la falta de medidas de higiene, alimentos y equipos. Hasta 1948 dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), era gobernado por un patronato, con subsidios de la federación, estado y municipio, a pesar de lo cual su presupuesto era limitado, prestando servicio sólo 50 de las 100 camas de la institución. Al finalizar 1971 dejó de operar, era insuficiente y deficiente.

En marzo de 1972 fue terminado un nuevo edificio, el Hospital General de Acapulco, construido por la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la SSA; fue “inaugurado” varias veces. Detrás de la fachada de hospital se encontraban enfermos producto del “subdesarrollo”: parasitados, desnutridos, lesionados y abortos. Pasan los años y mejora sus servicios. Además de la clínica, destacaba la enseñanza en medicina y

enfermería. Debido a la calidad y eficacia del Hospital General, en 1995 fue declarado “Hospital Amigo del Niño y de la Madre”. El día de hoy y bajo muchas determinantes se crea el hospital general “Dr., Donato G Alarcón en Ciudad Renacimiento (Bustamante, 1988).

1.3 Hospital general Dr. Donato G. Alarcón de la S.S.A. en cd. Renacimiento

1.3.1 Datos generales de la institución

El Hospital General “Dr. Donato G. Alarcón” de Cd. Renacimiento, fue fundado en el año de 1993 en el mes de abril, contando con los servicios básicos de atención hospitalaria que son: cirugía, gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y el servicio de urgencias. Que se complementaron con los auxiliares diagnósticos del laboratorio y RX. Realizándose la primera intervención quirúrgica en el Área de ginecología con una Cesárea.

Inició sus labores en el servicio de Urgencias, dónde se atendía a la población demandante de consulta, posteriormente fue necesario poner en servicio la consulta externa a la población abierta, en el mes de Agosto de 1993, ofertándose los servicios de especialidades troncales y sub -especialidades:

Distribución de la Consulta Externa 1993:

CONSULTORIO	SERVICIO	TURNO	
		MATUTINO	VESPERTINO
1	Otorrinolaringología	X	
2	Ginecoobstetricia	X	X
3	Oftalmología		X
4	Odontología	X	
5	Medicina Interna	X	X
6	Medicina Preventiva	X	X
7	Pediatría Médica	X	X
8	Cirugía General	X	X
9	Traumatología y Ortop.	X	
10	Trabajo Social	X	X

Aproximadamente al año de servicio en la consulta externa se instaló un Médico Familiar para la atención matutina y otro en la atención vespertina, ya que anterior a esta decisión la atención de medicina general y familiar se realizaba en el servicio de urgencias.

Las funciones del área, dependían directamente de la Dirección, hasta el año de 1996, que se asigna Jefe de Consulta Externa, iniciándose la evaluación de la productividad en forma mensual y anual contemplándose 24 profesionales de la medicina para la atención médica ambulatoria (Álvarez, 2010).

Actualmente el hospital no ofrece los mismos servicios, que en el pasado, cuenta con nuevas especialidades como: cirugía plástica, psicología, Nutrición, etc.

El Servicio de Consulta Externa se constituye con los siguientes servicios en 1996 a la fecha:

<i>TURNO MATUTINO</i>	<i>TURNO VESPERTINO</i>
CIRUGIA GENERAL	ALERGOLOGIA
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA	CIRUGIA GENERAL
GINECOBSTETRICIA	CIRUGIA PEDIATRICA
MEDICINA GENERAL	GINECOBSTETRICIA
MEDICINA FAMILIAR	MEDICINA FAMILIAR
MEDICINA INTERNA	MEDICINA INTERNA
MEDICINA PREVENTIVA	PEDIATRIA MEDICA
NUTRICION	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
ODONTOLOGÍA	MEDICINA PREVENTIVA
OTORRINOLARINGOLOGIA	ODONTOLOGÍA
PEDIATRIA MEDICA	
PLANIFICACION FAMILIAR Y DOC	
PSICOLOGIA	
TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	

- Dependencia:

Hospital general dependiente de la secretaria de salud, segundo nivel de atención, recertificado como “hospital amigo del niño y de la madre”.

- Domicilio:

J.R. Escudero # 168 col. Cd. Renacimiento Acapulco gro, CP. 39715.

- Datos geográficos:

El municipio de Acapulco se encuentra ubicado al suroeste del estado de Guerrero, sus límites son al norte con el Municipio de Juan R escudero, y al sur con el océano pacifico, al oeste con el municipio de Coyuca de Benítez, y al este con el municipio de San Marcos.

- Extensión territorial:

Tiene una extensión territorial de 1,882.6 Kilómetros cuadrados, que representan el 2.95% del Estado de Guerrero, entre el paralelo 16°52 de altitud norte 99°54 de longitud este tiene una altitud de 20 metros sobre el nivel del mar.

- Clima:

El clima es cálido- húmedo, su temperatura anual media es de 27.9°c y una mínima de 22°c la humedad es relativamente alta con épocas de lluvia de junio a octubre y varia de 634 a 1846 milímetros con un promedio de 1208 milímetros de precipitación pluvial.

- Localización Del Hospital. En Cd Renacimiento:

El hospital General Dr. Donato G. Alarcón se encuentra localizado en la colonia de Cd. Renacimiento con las siguientes colindancias.

Al norte Col. Emiliano Zapata

Al Sur Col la Venta

Al Este Col de la Sabana

Al Oeste Col. Vacacional

1.3.2. Hospital general renacimiento un “segundo nivel de atención”

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto. Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver las necesidades de atención básicas y más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz.

En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95% de problemas de salud de la población.

El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él.

En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud que se planteen. Son ejemplos los hospitales Generales de Especialidades en la ciudad de México el Vicente Guerrero del IMSS en Acapulco entre algunos otros (CNPSS, 2018).

1.4. Personal de salud

Los trabajadores de la salud en su actividad diaria, se ven afectados por “estresores” presentes en su ambiente laboral, la relación con el paciente y sus familiares, el contacto con el dolor y sufrimiento de la persona enferma y la muerte, el temor de adquirir una enfermedad contagiosa, ambiente laboral a veces no adecuado, todo esto los predispone

a sufrir estrés en diferentes grados, dependiendo de su actividad en la unidad de salud, la jornada laboral (solo diurna o de varios turnos), las relaciones interpersonales con sus superiores y compañeros de trabajo y de las características individuales, es decir la capacidad individual de enfrentar las situaciones de estrés (Palacios et al., 2014).

De los trabajadores en el área de la salud, el personal de áreas clínicas tales como enfermería y los médicos son los que están más propensos al síndrome de Burnout, a diferencia del área administrativa, donde son menos propensos a desarrollarlo. En los médicos el estrés se relaciona con la especialidad del mismo, por ejemplo, el personal médico de áreas quirúrgicas enfrentan muchas situaciones en las que de su habilidad para hacer diagnósticos correctos y ejecutar los procedimientos quirúrgicos precisos, depende la vida del paciente.

Dentro del personal de salud un grupo que merece especial atención son los médicos en formación, llamados Médicos Residentes, que además de los estresores mencionados, tienen el compromiso de cumplir las exigencias académicas que les impone el programa de la especialidad. Los residentes juegan el doble rol de trabajadores y estudiantes, sobre ellos recae el mayor porcentaje de la carga asistencial de los hospitales escuelas. Esta sobrecarga puede provocar efectos negativos en la atención de los pacientes en su desempeño académico y su salud (Arenas, 2006).

1.5. Residencia Médica

La residencia médica, es reconocida en todo el mundo como una etapa de formación de especialidades que comprende entre 3 y 5 años y que fundamentalmente consiste en un trabajo de formación en el que en el mejor de los casos se obtiene una beca monetaria, la mayor parte de las veces dispar con relación al trabajo desempeñado y la capacidad adquisitiva del país. (Rosales, et al., 2005).

Es relevante mencionar que el sistema de aprendizaje de la Medicina como carrera profesional, (sobre todo la especializada) refuerza la idea de que el médico residente debe adecuarse a condiciones de gran resistencia, para aprender mejor y convertirse así en el mejor médico especialista, aún en deterioro de su propia salud. La misma cultura dentro de las instituciones del área de la salud impulsa al médico residente a creer que puede resistir más exigencias y esfuerzos que otras profesiones, minimizando así sus posibilidades de aceptar cuando su salud se ve disminuida, y atenderse como cualquier otra persona.

1.5.1 Motivos para realizar una especialidad

Prepararse en una especialidad médica, después de 6 años de formación central en la carrera de Medicina, representa no sólo la especialización en un área específica de conocimientos y habilidades, sino que también conlleva, la oportunidad de poder desprenderse de ser llamado “solo médico general” (González, et al., 2013).

Lo anterior, nos ayuda a comprender la búsqueda constante de la aceptación y reconocimiento del mismo gremio médico, además de que podemos notar el estigma que existe por parte del mismo personal de salud contra quienes desean simplemente ejercer como médico general, sin la intención de especializarse.

De la misma manera, la decisión hacer una especialización en el área Médica, en muchas ocasiones se debe, a los propios deseos de superación, así como a expectativas por parte de la familia y del entorno social más inmediato, pues se tiene la convicción de que dicha especialización, tendrá como objetivo y fin último, una escalada social y económica que les permitirá una mejor calidad de vida, no sólo para los propios médicos, sino para su núcleo familiar (Arenas, 2006).

Otra de las razones nombrada por los residentes, se relaciona a la notable diferencia que hay entre la remuneración económica que existe cuando eres médico general y como médico

especialista. Para la mayoría de los médicos residentes, el permanecer como médicos generales no ofrece a largo plazo, la seguridad suficiente de poder tener un mejor ingreso económico, lo que podría traducirse en mejores posibilidades de tener una mejor calidad vida para ellos y para sus familias (Hasselkus, 2019).

Debido a esto, para los médicos residentes, el buscar una especialidad médica, es simplemente, una inversión a mediano plazo y largo plazo. En un inicio reconocen que ingresar a la especialidad, conlleva la obtención de un pago menor a lo que ingresarían como médicos generales, sin embargo, tras egresar de la especialidad, podrán ver el fruto de su inversión de cuatro años de especialización, no solamente por las potenciales posibilidades económicas sino por el conocimiento adquirido que de lo contrario no podrían obtener como médicos generales.

De esta manera, podemos resumir que la decisión de ingresar a una especialidad médica es la respuesta a una búsqueda de tener una mejor calidad de vida, y no solo responde a una certeza vocacional o al interés por ampliar los conocimientos y habilidades en un área específica.

1.5.2. Desafíos durante los años de la residencia y salud mental

Hay varios estudios que se han realizado a médicos residentes, en los cuales ellos han comentado la existencia de malestares físicos, trastornos emocionales y crisis de salud mental relacionadas a la residencia. Ya sea a través de un diagnóstico inicial, o, en algunos casos, derivado de un diagnóstico profesional, los residentes señalaron la inexistencia de problemas con el manejo de la ansiedad y la depresión antes de ingresar a la residencia (Álvarez, 1996).

Si bien un número importante de los residentes consultados recurrieron a psicoterapia en algún momento de su preparación previa, fue al momento de comenzar la especialidad médica, que la asistencia a consultas y el tratamiento se interrumpieron.

En muchos casos, el solo hecho del traslado de su lugar de origen a la ciudad donde realizaran la residencia evidentemente contribuyó al abandono en el seguimiento de las consultas y el tratamiento, aunque también se mencionó que las exigencias de la especialidad y la escasez de tiempo durante la residencia también contribuyeron al abandono (Arenas 2003).

1.5.2.1. Retos presentes por año de residencia.

- R1 “UNO NO ES NINGUNO”

Cada año de la residencia se presenta con una estructura particular, con sus propios desafíos, los cuales los residentes deberán abordar como una especie de ritos de paso para así poder acceder al siguiente nivel que a su vez tendrá características propias, con responsabilidades y obligaciones específicas que cumplir.

El primer año de la residencia es crucial, ya que muchos de los médicos ingresados acaban de terminar la carrera de Medicina, siendo aún muy jóvenes, teniendo que lidiar con el proceso de adaptación tanto a la institución hospitalaria, así como la adaptación a la propia ciudad, esto debido a que la mayoría de los médicos residentes provienen de estados al interior de la República, razón por la cual es un momento difícil para los nuevos ingresos, el personal docente adscrito a las unidades hospitalarias menciona que es un año de “choque” en el que se pueden presentar problemas de salud mental ya existentes o de recién inicio, tales como ansiedad y depresión, por lo cual el primer año es considerado como uno de los más difíciles (Arias, 2011).

Sin embargo, el vivir en la residencia, también ocasiona algunas situaciones, tales como, la incomodidad de compartir habitación con alguien, lo que significa, la pérdida de la privacidad.

Además de las dificultades ya mencionadas en cuanto a la asimilación de los fundamentos teóricos, los residentes, también expresaron haberse sentido

menospreciados, humillados y subestimados por los mismos compañeros de especialidad, sin embargo, para muchos de los docentes o supervisores, esto, en lugar de desanimarlos, debería ser motivo para que los médicos residentes puedan forjar un carácter fuerte frente a cualquier situación (Freyermuth, 1994).

El cansancio, el insomnio, los malos hábitos alimenticios comienzan a ser expresiones del desgaste, así como la aparición de síntomas relacionados a la ansiedad y la depresión, que en varios residentes les hicieron cuestionarse seriamente el continuar en la especialidad, muchos de los residentes también aseguraron que, durante el primer año, debido al cansancio excesivo o por falta de tiempo, dejaron de realizar aquellas actividades sociales o recreativas de las que antes disfrutaban (Rosales J. 2005).

Otro punto importante a mencionar, es que en el primer año es donde se marcan de manera más evidente las jerarquías, pues al R1 se le transmite la idea de que el primer año es de aprendizaje y para lograrlo, se tiene que sufrir. El autoritarismo, los regaños, las llamadas de atención subidas de tono, la sobrecarga de trabajo y los boicots son prueba de ello, aunque, muchos de los residentes han comentado que estas situaciones perjudican su salud mental y por lo tanto disminuyen de forma considerable su rendimiento (Arias, 2011).

- R2 “Eres Dios” Todo lleva una responsabilidad

En el segundo año de la residencia, hay un cambio significativo acorde a las obligaciones del primero, se reduce la cantidad de trámites administrativos y el llenado de las hojas de ingreso, que son actividades consideradas exclusivas de residente de primer año.

En cambio, se adquieren otras preocupaciones, como el aumento de las responsabilidades, y el agotamiento, principalmente emocional que implica el estar a cargo de las guardias, estos son factores nuevamente relacionados a la aparición o

continuación de síntomas asociados a la ansiedad, el estrés y a la depresión en los residentes.

La presencia frente al paciente es mucho mayor que en el primer año, así como el asumir responsabilidades y no sólo ya seguir instrucciones, lo cual genera mayores libertades, pero también un incremento en la tensión de los residentes del segundo año. Las guardias, a pesar de ser tipo ABCD, (es decir, que se realizan cada 4to día) llegan a durar más de 30 horas, comenzando a las 8 am y terminando a las 4 pm del siguiente día. En investigaciones anteriores varios residentes afirmaron que, (al igual que en el primer año, aunque por distintas razones), durante el segundo año de la residencia pensaron en desertar la especialidad y comenzaron o retomaron el uso de antidepresivos para hacer frente a las presiones y demandas en turno (Arias 2011).

No olvidemos mencionar que al finalizar cada año de la especialidad, los médicos residentes deben aplicar el examen departamental del PUEM (Plan Único de Especialidades Médicas) para poder acreditar e ingresar al siguiente ciclo, lo que también genera entre ellos una mayor preocupación y estrés durante el periodo de evaluación hacia el siguiente año formativo (Freyermuth, 1994).

La presencia más cercana que tiene el médico residente con su paciente durante el segundo año de la especialización, genera una mayor carga emocional, un mejor entendimiento de la situación personal del paciente, una mayor sensibilidad y, por consiguiente, la posibilidad de verse reflejados en los pacientes y reconocer algunos de sus propios problemas.

Así mismo, durante el segundo año de la especialidad, se comienza a percibir la magnitud real a nivel social, familiar y económica que un diagnóstico o internamiento tiene para el paciente (Arias 2011).

- **R3 “¿Es real o solo un mito?”**

El tercer año de la residencia es considerado como el más sencillo, por ser percibido como un descanso en relación con los dos primeros, inclusive llegando a asociar al residente de tercer año con la figura de un fantasma (por su inexistencia salvo esporádicas apariciones) y en general lo definen como “las playas” de la residencia, por el aparente relajamiento derivado de las nuevas responsabilidades.

Si bien, en tercer año, los médicos residentes ya son estudiantes mucho más preparados, el tipo de actividad que tienen durante este año, está muy alejada de las responsabilidades iniciales, pues se presenta como una figura ambigua, que fluctúa entre ser el auxiliar de piso que permanece observando las decisiones del residente de cuarto año, y, a su vez, actúa como asesor del residente de segundo año, específicamente en guardias donde este puede tener dudas o problemas.

Para los docentes o supervisores encargados de la formación de los médicos residentes, los residentes del tercer año, pueden presentar una mayor conducta narcisista porque creen saber ya todo, pues permanecen bajo el cuidado y respaldo de los residentes de cuarto año, e incluso, en algunas ocasiones, el mismo personal médico confían igual o más en los residentes que han presentado una conducta responsable de tercer año que en los de cuarto año de la residencia. Es decir, según los propios docentes, la diferencia de conocimiento entre los residentes de tercero y cuarto año ya no es tan significativa. Sin embargo, los residentes de cuarto año siguen siendo los únicos responsables del piso donde se encuentran los pacientes internados (Arias 2011).

- **R4 “Miedo al fin”**

Para concluir, en el cuarto año, la mayor responsabilidad del residente es estar a cargo del área de piso donde se encuentran los pacientes internados. Es en este momento

donde ya no tiene que responder a ningún residente de mayor jerarquía, ahora solo responde a su médico adscrito.

El papel fundamental del residente de cuarto año, se centra en evaluar el estado del paciente ingresado, compartir la información del piso con el residente de tercer año, y presentar los casos más destacados y complejos de pacientes ante los demás residentes en seminarios de diagnóstico diferencial los días programados de sesión clínica.

El cuarto año es muy contradictorio, pues por un lado son prácticamente responsables de todo lo que sucede en piso, y técnicamente deberían ya considerarse especialistas, pero en muchas ocasiones, sucede todo lo contrario, temen tomar mayores atribuciones, se les percibe como indecisos e inseguros y es ahí donde los residentes del tercer año, respaldados por el hecho de no ser los responsables del piso, conscientes de que aún cursarán un año más en la especialidad, llegan a tomar el control. Para los docentes o supervisores de los residentes esta inseguridad, se genera por temor al pronto egreso y por lo tanto, saber que ya no contarán con el apoyo brindado por otros residentes y por la misma institución hospitalaria (Freyermuth, 1994).

1.5.2.2. Representaciones sobre su propia salud mental durante la residencia

Los residentes, han comentado que desde su ingreso a la especialidad, pudieron darse cuenta de que su salud mental sufría un deterioro gradual por distintas causas, algunas de las mencionadas son los malos hábitos alimenticios, la irregularidad e insuficiencia en las horas de sueño, así como las preocupaciones económicas y el alejamiento de su familia y amigos, estos a su vez son algunos factores que se vinculan con el burnout o desgaste laboral, y con síntomas de ansiedad y depresión. En algunos casos, el problema de salud mental identificado se consideró pre-existente y se agudizó durante los años

formativos de la especialidad, mientras que, en otros casos, el trastorno se generó por primera vez durante la residencia (Freyermuth, 1994).

Según el punto de vista de los docentes y supervisores de los residentes en relación al tema de salud mental, para ellos, es frecuente que los médicos de la especialidad pongan una barrera emocional entre los pacientes y ellos mismos, más cuando hay situaciones con las que pueden identificarse, esto con la intención de no aceptar su propia vulnerabilidad, y aceptar que algo no está bien consigo mismos (Fernández, 1999).

De la misma manera, también coincidieron en afirmar que las deserciones durante la especialidad, no sólo se deben a conflictos relacionadas a la falta de vocación, o por un bajo rendimiento académico o profesional, sino que, en ocasiones, pueden atribuirse a problemas psicológicos sin tratar.

Es interesante puntualizar que prácticamente ninguno de los médicos residentes, pudo afirmar que su salud mental era satisfactoria para sí o incluso adecuada para la práctica médica, aseverando con sus propias palabras que esto último conlleva un riesgo implícito para la correcta atención y cuidado de los pacientes. También mencionaron que una salud mental deteriorada perjudica y reduce las posibilidades de establecer un vínculo de confianza mayor con el paciente por interferir en la proyección que tiene el paciente del médico, que muchas veces puede servir como efecto placebo para un mejor tratamiento (Freyermuth, 1994).

1.5.3. El médico residente y el estrés.

El médico residente tiene como objetivo desarrollar las habilidades adecuadas acorde al año en que se encuentra cursando así como mejorar su proceso de aprendizaje, durante su desarrollo es responsable de una serie de actividades hospitalarias que conforme avanzan los años de formación van en aumento e incluso se

convierte en docente para médicos de menor jerarquía (estudiantes de medicina, médicos internos de pregrado y residentes de menor grado).

Por lo tanto el estudiante de una especialidad médica, tiene que cumplir con una permanencia hospitalaria de hasta 36 horas cada tercer o cuarto día, realizando actividades correspondientes a la enseñanza (recibir clase, realizar exposiciones del contenido temático del programa académico, realizar tareas como análisis de casos clínicos y revisiones bibliográficas, aprobar evaluaciones escritas u orales) y asistenciales (consultas, valoración de pacientes internados, notas médicas, solicitud de exámenes, procedimientos, entre otras), con pocas horas de descanso y esparcimiento social que pueden influir de forma negativa en su desempeño académico y/o laboral y a su vez en el desarrollo de las competencias necesarias para formarse como un especialista eficaz, esta situación puede generar cansancio físico y estrés, al sentir que las capacidades personales no son suficientes para hacer frente a todas las demandas que surgen (Agudelo, et al., 1973).

Por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004), plantea que el estrés, es uno de los principales problemas para la salud de los estudiantes y afecta su buen desempeño académico, debido a esto se estableció que los profesionales de la salud que están sometidos a niveles elevados de estrés como parte de su actividad diaria, deberían ser evaluados periódicamente, y las personas a su cargo deberían ser conscientes de ello y saber cómo ayudarles, es aquí donde una buena gestión y organización adecuada de las actividades son la mejor forma de prevenirlo.

Debido a esto es de vital importancia, que el docente y los supervisores estén al tanto de la problemática que gira en el entorno del alumno, con el propósito de disminuir los niveles de estrés a los que se encuentran expuestos, implementando las medidas necesarias en cada caso y contexto educativo.

En relación a lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, la Organización de Estados Americanos y la Organización Internacional del Trabajo, llevaron a cabo un seminario para conmemorar el día mundial de la seguridad y salud en el trabajo, donde el tema central fue -Estrés, un reto colectivo para todos-, abordando el impacto variable del estrés entre los individuos y que ineludiblemente tiene consecuencias sobre la salud, tales como: enfermedades mentales, cardiovasculares, musculoesqueléticas y reproductivas, además, de problemas del comportamiento como trastornos del sueño, uso de alcohol, drogas, tabaquismo y sedentarismo (OPS, 2016).

Los profesionales de la salud con diversos grados de estrés pueden padecer diferentes enfermedades como; cefalea recurrente, hipertensión arterial, problemas dermatológicos, asma, dolor de espalda, enfermedad ácido péptica, trastornos menstruales, trastornos del sueño, fatiga crónica entre otros (OMS 2004).

Para Sandin, según el acuerdo europeo sobre el estrés, éste es considerado un estado que se acompaña de quejas físicas, psicológicas o sociales, consecuencia de la incapacidad de los estudiantes sometidos a una presión intensa, para cumplir con las exigencias o las expectativas puestas en ellos (Sandin 2003).

Por su parte González y Bello refieren al estrés académico, como aquel que surge de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste, donde los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento estresante (González y Bello, 2014).

Por lo tanto, la sobrecarga académica y las jornadas laborales extensas a las que es sometido el médico residente, lo puede llevar al agotamiento físico, insatisfacción y abandono.

La capacidad de afrontamiento que tenemos cada uno de nosotros en relación a estos inconvenientes es distinta, como resultado las manifestaciones en cada persona también pueden ser diversas, algunas más sutiles que otras, al estar presente el estrés de forma constante en el estudiante se pueden sobrepasar sus mecanismos de afrontamiento y surgir por tanto el Síndrome de Burnout.

Entonces, como las manifestaciones del estrés académico son múltiples y pueden repercutir en la salud y el buen desempeño del médico residente, Solar nos dice que es importante que el docente y supervisores aprendan a detectar estos signos y síntomas, para poder realizar el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, lo que permitirá al alumno mejorar su desempeño (Solar, 2001).

En relación a esto, diversos organismos emiten recomendaciones para abordar estos problemas como son: la promoción del empoderamiento, la participación y la satisfacción de los profesionales.

Por lo que recomiendan a los países, incluir al estrés y los problemas mentales de la práctica profesional, al listado de enfermedades profesionales para asegurar que estos sean identificados, cuantificados y posteriormente intervenidos (OMS, 2004).

Así la UNESCO menciona:

El estrés que se presenta en los profesionales de la salud es mayor que el que se asocia a otras profesiones, debido a que en sus actividades diarias se enfrentan a situaciones como el dolor, la muerte y la enfermedad terminal, en muchas ocasiones pudiendo hacer poco o nada para manejar dichas situaciones, y hace referencia a como el agotamiento emocional y estrés producido por el trabajo y la carga académica constituyen un problema de salud mental y en caso de estrés crónico del llamado Síndrome de Burnout (UNESCO, 1990).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades a través del National Institute Occupational Safety and Health/Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional, expone la complejidad y peligrosidad del estrés y del Síndrome de Burnout, su alta incidencia en trabajadores del sector salud relacionado a largas jornadas laborales, presión del tiempo aunado a la falta de claridad en las funciones al enfrentarse a enfermedades infecciosas, pacientes enfermos complicados y sin esperanza; como consecuencia existe agotamiento, ausentismo, ganas de abandonar el curso académico, menor satisfacción del paciente, así como errores en el diagnóstico y tratamiento (CDC, 2008).

En México, el gobierno federal a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia reconoce la presencia de estrés y Síndrome de Burnout, describiéndolos como el agotamiento derivado del desempeño laboral y/o académico, que se relaciona con el ámbito emocional, como consecuencia de realizar mucho trabajo o actividades académicas en poco tiempo, o bien, tener que realizar tareas que puedan generar angustia y sensaciones de culpa por no realizarlas correctamente. Estima una mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad con predominio en mujeres (SSA, 2013).

De tal manera que el residente debe lidiar emocionalmente con su entorno y relación laboral, es decir; con sus docentes, otros médicos adscritos, personal de enfermería, pacientes, familiares de los pacientes y otros individuos que demandan conductas, actitudes, estados de ánimo y relaciones, que no siempre son fáciles de establecer y que de no afrontarse de forma adecuada, pueden influir negativamente en el estudiante, para el desarrollo de estrés y Síndrome de Burnout. Asimismo, tiene que lidiar con el estrés que le produce la labor académica.

En resumen, el residente está expuesto a diferentes estresores, como son:

- Carga laboral y académica excesivas,

- Pobre vida social y distanciamiento familiar,
- Enfrentamiento constante a situaciones de dolor, muerte y/o enfermedad terminal,
- Estrés cotidiano,
- Competencia con los compañeros,
- Sobrecarga de tareas y trabajos escolares,
- Evaluación de los profesores,
- Participación en clase,
- Tiempo limitado para realizar las actividades académicas,
- Entre otros.

Esto puede favorecer la aparición de:

- Estrés,
- Reacciones físicas (trastornos del sueño, fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de digestión, dolor o diarrea, somnolencia, rascarse o morderse las uñas, etc.),
- Reacciones psicológicas (inquietud, sentimientos de depresión y tristeza, ansiedad, angustia, problemas de concentración, sentimientos de agresividad o irritabilidad),
- Reacciones comportamentales (conflictos o tendencia a polemizar, aislamiento de los demás, desgano para realizar labores escolares, alteración de los hábitos alimenticios),
- Agotamiento emocional con baja autoestima,
- Pobre realización personal,
- Indiferencia o cinismo,
- Posiblemente un rendimiento académico bajo,

- Y síndrome de burnout.

Se habla de diversas formas en que se puede presentar y manifestar el estrés en los médicos residentes, el cual a su vez, en caso de persistir por más de 6 meses, puede generar el denominado Síndrome de Burnout, que alcanza en algunos casos una incidencia de hasta el 80%, de tal manera que la exposición prolongada a factores estresantes, pueden precipitar la aparición del síndrome (García, et al., 2012)

El Síndrome de Burnout se utiliza en términos clínicos para referirse a un estado avanzado de desgaste profesional, o síndrome de cansancio emocional. Freudenberger en 1974 fue el primero en hablar del SB y Maslach en 1976 fue quién estableció una línea de investigación sobre el síndrome desde una perspectiva psicosocial, con carácter exploratorio y el objetivo de estudiarlo (Gil-Montes, 2001).

Capítulo 2 Síndrome de Burnout

2.1. Generalidades

Recientemente el Síndrome de burnout (síndrome de desgaste profesional) es un problema cada vez más frecuente en los ambientes de salud pública. Actualmente es una de las causas más importantes de incapacidad laboral (OPS, 2016). Este problema se presenta cuando se desequilibran las expectativas individuales del profesional y la realidad del trabajo diario; suele producirse por una sobrecarga de trabajo importante de más de seis meses de duración.

Originariamente este síndrome se observó en profesionales médicos y se originaba por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas personales y terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. Hoy se observa en distintas profesiones y en el hacer organizacional en general. Sin duda, el desempleo es un factor muy potente que conduce a las personas a manifestar trastornos como la depresión, ansiedad o adicciones. La ingesta desmedida de alcohol y otras sustancias son frecuentes en personas desocupadas. Es una manera de expresar el estado de estrés que se ha instalado en su vida (Sandin 2003).

Esta sensación (como se citó en Mingote, 1998) de sentirse desgastado fue descrita por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger; psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En las mismas fechas, la psicóloga Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de

“SOBRECARGA EMOCIONAL” o Síndrome de Burnout, la cual lo define como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas (Carlos, 2004).

Pero el término ha pasado a una etapa de ferviente interés debido a los amplios trabajos de Maslach y Jackson desde 1976 y que culminan en 1981 con la aparición de la Maslach Burnout Inventory (MBI) instrumento operativo específico para interpretar los diferentes niveles de desgaste (Galindo, 2009). El término burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando ésta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores, etc.) y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis (Cairo, 2012).

Algunos autores señalan que un aspecto importante del burnout es que instintivamente todos saben lo que es, aunque la mayoría pueden ignorar su definición; así el discernimiento en la literatura sobre el síndrome acerca de su definición tiene que ver con la discusión sobre el papel que tiene la sociedad y las condiciones sociales que producen este fenómeno (Starrin, et al., 1990).

Con un planteamiento más radical, Grebert entiende el burnout “Como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades” (Cairo, 2012), llegando a **definirlo** como un mecanismo de respuesta adaptativa, propio de la profesión. La definición más divulgada es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986 *“es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”*. Por lo tanto, el agotamiento emocional hace referencia a la disminución y pérdida de recursos humanos (Mingote, 1998).

Despersonalización o deshumanización el cual consiste en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado; por último la falta de realización personal es la tendencia a auto devaluarse en su desempeño laboral.

Para Freudenberg se trata de “*un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo*” (Mingote, 1998). Pines y Aronson proponen una definición más amplia, que no se refiere solamente a las profesiones de servicio o atención humanas, sino que hace referencia a todo tipo de profesión: “*es el estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por la involucración crónica en el trabajo de situaciones emocionalmente demandantes*” (Galindo, 2009). Para Pines, las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en el servicio directo al público, sino que pueden darse también en otros ámbitos laborales, como en el comercio, en la política o en puestos directivos.

Para esta autora el factor más importante para el desarrollo del síndrome depende de las condiciones laborales objetivas: que faciliten la resolución de los objetivos propuestos, con realización de trabajos administrativos o de investigación, o bien el estrés laboral puede ser vivido como frustrante, con predominio de características negativas. Ivancevitch y Matteson dicen que “estrés deriva del griego *stringere* que significa provocar tensión. La palabra se usó por primera vez probablemente alrededor del siglo XIV, a partir de entonces, durante muchos años, se emplearon en textos en inglés numerosas variantes de la misma como stress, stresse, strest e inclusive straisse” (López, et al., 2019).

El desarrollo del burnout puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión, a evitar el trato directo con los clientes a través de la realización de trabajos

administrativos o de investigación, o bien el estrés laboral puede ser vivido como un reto positivo, que promueve el desarrollo personal.

Freudenberg describe que este síndrome se tiende a presentar más en las personas que tienen las siguientes características: “idealistas, optimistas e ingenuas” (López, et al., 2019), es decir, personas que se entregan en exceso al trabajo para conseguir una buena opinión de sí mismos. Para Maslach son principalmente las inadecuadas demandas emocionales auto y hetero - impuestas, que los imposibilitan a desarrollarse las que producen la vivencia de fracaso personal tras desarrollar un excesivo compromiso emocional del trabajo.

En 1984 Brill propuso una definición de burnout menos conocida y más precisa “es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como satisfacción personal, que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de ayuda o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas” (Mingote, 1998). Y por consecuencia el malestar producido por un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente, no se puede interpretar como burnout, porque no están mediados por las expectativas y creencias iniciales. Burke y Richardsen (1991) En una amplia revisión, que muestra la complejidad del constructo: “ existe un acuerdo general en que el burnout ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, es una experiencia negativa que da lugar a problemas de inconformidad” (Velarde, 2002).

Freudenberg comenta que más bien se trata de un fracaso adaptativo individual por desgaste y agotamiento de los recursos psicológicos para el afrontamiento de las

demandas del trabajo con personas y su establecimiento ocasiona graves dificultades en cuanto a la calidad de vida del profesional así como de importantes repercusiones en su desempeño laboral (López, et al., 2019).

El síndrome de burnout incluye cinco factores característicos; los cuáles son incluidos en todas las definiciones:

- a.- Predominan los síntomas disfóricos, sobre todo incomodidad, infelicidad agotamiento emocional, esto es producido principalmente por la referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y de hastío, por la constante interacción con sus compañeros de trabajo y personas que solicitan la atención.
- b.- Destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal al modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente), consistente en el desarrollo de actitudes negativas de insensibilidad y de cinismo hacia las personas que reciben el servicio prestado.
- c.- Se suelen dar síntomas físicos de estrés psico- fisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general (cefaleas, migraña, dolor abdominal, urticaria, mialgias, etc.) alteraciones del sueño y disfunciones en cualquier otro nivel del sistema, junto con técnicas paliativas reductoras de ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median un deterioro de la calidad de vida, principalmente estas pueden ser abuso de alcohol, drogas, abuso de fármacos, etc.

Los médicos tienen mayores tasas de suicidio, enfermedades psiquiátricas y posiblemente consumo inapropiado de drogas y alcohol que la población en general (Guthrie, 2000). Padecer mayor grado de burnout se asocia con el consumo de más de 20 cigarrillos al día, menor implicación labora afectiva y peor

salud general, que los no fumadores y que los que fuman menos de 20 cigarrillos al día (Mingote, 1998).

d.- Se trata de un síndrome de estrés laboral que se produce por una inadecuada adaptación del trabajo, aunque se da en individuos.

e.- Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y en algunos casos una jubilación temprana.

Gillespie, clasifica al burnout según dos tipos claramente diferenciados: *burnout activo*, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, el *burnout pasivo* en el que predominarían los sentimientos de apatía y evasión (Velarde, 2002).

El activo tiene que ver fundamentalmente con el sistema de organización o los elementos externos que componen el desarrollo de la profesión mientras que el pasivo se encuentra más relacionado con los factores psicosociales.

Además se debe de establecer una diferencia entre dos estados psicológicos de presión diferentes como son el *tedium* y el *burnout*. Pines y Kafry (Citado en Galindo, 2009) habían planteado que el *tedium* “*se caracteriza por sentimientos de depresión, vaciamiento emocional y físico y una actitud negativa hacia la vida, el ambiente y hacia sí mismo y ocurriría como resultado de un evento vital traumático súbito y abrupto, o como resultado de un proceso lento y gradual diario de machaque*”.

Según Chermis (citado en Guthrie, 2000), el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas:

a.- en la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psico-social.

b.- en la segunda, se produce un estado de tensión psico-física.

c.- en la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

El síndrome de burnout es el resultado de una desestructuración emocional incrementado con la interacción con otras personas. Se diferencia del estrés en que generalmente lleva incorporado sentimientos de fracaso.

Su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de patologías:

1er nivel: falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espalda y cuello. Ante la pregunta ¿qué te pasa?, la respuesta es “no sé, no me siento bien”.

2do nivel: empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución (“todos están en contra mío”), se incrementa el ausentismo y la rotación.

3er nivel: disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, psoriasis, picos de hipertensión, etc.) En esta etapa se comienza con la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica.

4to nivel: esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas) suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo (Guthrie, 2000).

En general el síndrome es insidioso, la persona puede sentirse agotada todos los días, tener una actitud de apatía, sentirse desmotivado e insatisfecho con su trabajo. uno está

libre un día y al siguiente se levanta con desgaste profesional, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona, con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra. Se tiende a negar, que se vive como un fracaso profesional y personal.

Se ha descrito que es más fácil que aparezca este síndrome en los primeros años de carrera profesional (cuando las expectativas son más idealistas), en las mujeres (quizás por una doble carga de trabajo: profesional y familiar) y en las personas que no tienen una pareja estable (por falta de apoyo familiar). Son los compañeros de trabajo los que primero lo notan (Cabezas, 1998).

Las mujeres puntúan ligeramente más alto en agotamiento emocional, mientras que los hombres lo hacen en despersonalización (Kazez, 2009).

También se explican estas diferencias a lo anteriormente mencionado por las responsabilidades adicionales que ellas tienen en el ámbito familiar y experimentan una sobrecarga de trabajo (Cabezas, 1998).

Esta sobrecarga se relaciona positivamente con el agotamiento emocional, aunque son las estudiantes quienes presentan mayor agotamiento emocional y menor competencia profesional. En un estudio realizado en el Hospital de San Carlos, se encontró que se encuentran más afectados los varones que las mujeres en cuanto al cansancio emocional (González, 1998).

Existe una fase irreversible, entre un 5% y 10% de los médicos, el síndrome adquiere tal virulencia que resulta irreversible, hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia (Cairo 2012).

2.2. Burnout en el área de la salud.

El síndrome de burnout se trata de un trastorno adaptativo crónico asociado al inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo, que daña la calidad de vida de la persona que lo padece y disminuye la calidad asistencial, cuya característica fundamental es el agotamiento emocional y escepticismo que se manifiesta entre los profesionales en el ejercicio de su actividad laboral, cuando esta se realiza en el campo de los servicios humanos o en las denominadas profesiones de ayuda.

Es un síndrome de estrés crónico de aquellas profesiones de servicios que se caracterizan por una atención intensa y prolongada con personas que están en una situación de necesidad o dependencia.

Se considera un trastorno adaptativo crónico, en asociación con las demandas psicosociales de trabajar directamente con personas. Se requieren al menos seis meses de período en desadaptación, puede ocasionarse tanto por un excesivo grado de exigencias como por escasez de recursos.

Un aspecto clave del síndrome son los sentimientos crecientes de agotamiento emocional: como los recursos emocionales se están agotando, los médicos y enfermeras sienten que ya no son capaces de ofrecer nada de sí mismos en el plano psicológico a los enfermos. En el ambiente hospitalario la definición de desmoralización, puede adaptarse como un síndrome de agotamiento emocional y escepticismo, específico en médicos y enfermeras en el desarrollo de su profesión, tanto en hospitales como en ambulatorios o áreas básicas de salud, en una constante relación de ayuda cara a cara con los enfermos.

En un estudio realizado en Zaragoza se encontró que globalmente, el síndrome de burnout o desgaste profesional afecta a uno de cada dos médicos, a uno de tres de

forma importante y a uno de cada 10 de forma severa con matices de irreversibilidad (González, et al., 1998); en este sentido llamó la atención que en la muestra en fases iniciales del síndrome de desgaste, como es el cansancio emocional, presenta mayor prevalencia respecto a las muestras americanas y nacional de médicos de atención primaria.

Otro aspecto de este síndrome es el desarrollo de actitudes pesimistas y sentimientos negativos hacia los propios enfermos, con los que siguen trabajando y aparece un déficit gradual de preocupación por su salud y de todo sentimiento emocional hacia los enfermos, a los que pueden llegar a tratar de forma deshumanizada e incluso cínica, al considerarlos, en parte, como merecedores de sus propios problemas de salud.

Un tercer aspecto del síndrome lo constituye la tendencia a auto devaluarse, sobre todo en lo que se refiere al propio trabajo asistencial. Los médicos y enfermeras pueden llegar a sentirse infelices sobre ellos mismos e insatisfechos con sus logros profesionales.

Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de diez años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación del síndrome (Atance, 1997).

Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos síndrome de desgaste presentaron y por ello siguen presentes (Rojo, et al., 1997).

En esta situación, el síndrome de desgaste va más allá del cansancio emocional, pérdida de motivación, pesimismo y escepticismo en el puesto de trabajo, se observa un cambio de tendencia con un eventual progreso hacia sentimientos de inadecuación,

fracaso profesional y pérdida de autoestima característico de la desmoralización; la verbalización coloquial en esta fase del proceso del síndrome podría ser: **“ESTOY QUEMADO”, “ME DA TODO IGUAL”, “NO PUEDO MÁS, ESTOY RENDIDO”** etc.

Los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, intentan compensar todo ello desarrollando conductas sociales anómalas: como el abuso de medicamentos (anfetaminas), aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otros tipos de tranquilizantes o drogas; sin embargo, poco a poco llegan al convencimiento psicológico de que su labor no es apreciada por el hospital, ni tampoco por los enfermos (cada vez más crítico son los profesionales y no tanto con el propio sistema sanitario), con lo cual se incrementan el proceso de pérdida de autoestima y se inicia una disminución en el rendimiento por la aparición de conductas de evitación así como abandono parcial de sus actividades laborales e inclusive comienza una pérdida de su propia imagen corporal.

Simultáneamente, en el ámbito privado suelen aparecer importantes disfunciones familiares y sociales, además de los problemas de pareja.

Gil (2002) menciona una lista de signos y síntomas que configuran el síndrome de desmoralización:

- a.- Agotamiento emocional, verbalizado con la expresión **“no puedo más”**.
- b.- Quejas contra todo y contra todo el mundo a su alrededor, incluyendo la organización en la que se trabaja.
- c.- Fatiga y falta de ilusión por el trabajo cotidiano.
- d.- Sensación de estar atrapado sin salida.
- e.- Dificultad para afrontar la sobrecarga de trabajo.

f.- Enfriamiento de las relaciones interpersonales con la pareja, familiares y amigos, compañeros y con los enfermos.

g.- Reacción cínica ante cualquier intento o sugerencia de ayuda.

h.- Disminución de la satisfacción, implicación y motivación laborales.

i.- Creencia de falta de logro profesional.

j.- Sentimiento de frustración profesional e ideas de abandono precoz de la carrera en la que se ha invertido grandes esfuerzos, tanto personales como de formación, con ideas de cambio biográfico radical.

k.- Síntomas de somatización: cefaleas, palpitaciones, malestar abdominal, insomnio, etc.

l.- Intentos de automedicación: alcohol, tranquilizantes, estimulantes, etc.

Todo este conjunto de síntomas configuran el síndrome de desmoralización que Maslach identifica con tres aspectos o dimensiones generales como se menciona en (Atance, 1997):

1.- Escala de disminución de la autorrealización personal, compuesta por ocho ítems.

2.- Escala de cansancio emocional, compuesta por nueve ítems.

3.- Escala de despersonalización, compuesta por cinco ítems.

El cuestionario de burnout de Maslach de 1986, es el instrumento más utilizado en todo el mundo, se trata de un inventario auto-aplicable constituido por 22 puntos en totales forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los que solicitan el servicio. Consta de las tres escalas anteriormente mencionadas.

De las tres dimensiones, debe tenerse en cuenta que la disminución de autorrealización valora una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y su trabajo,

características de estados depresivos, moral baja, incremento de la irritabilidad, evitación de las relaciones interpersonales, baja profesionalidad, baja productividad, incapacidad para soportar la tensión, pérdida de la motivación hacia el trabajo y una pobre autoestima.

Cuando los profesionales sanitarios empiezan a cursar con una disminución en su autorrealización se verbaliza con comentarios “NO MERECE LA PENA INTENTAR TAL O CUAL ACCIÓN PORQUE HACE AÑOS QUE ESTA ASÍ Y NO HAY QUIEN LO CAMBIE“, “TE VAS A DAR CONTRA UN MURO“, “TÚ, A LO TUYO“, la enfermería puede comentar que “SE NOS CONSIDERA AEL ÚLTIMO ESLABÓN Y SIEMPRE PRETENDEN QUE RESOLVAMOS TAL O CUAL TEMA Y YA ESTÁ BIEN”, etc.

Es importante valorar el cansancio emocional, definido como pérdida de energía, agotamiento y fatiga y puede mostrar manifestaciones físicas, psicológicas o constituir una combinación de ambas; es este cansancio emocional el que se identifica como el núcleo específico del síndrome de desgaste (Seanon, 2001).

En la despersonalización se observa un cambio o tendencia negativa en las actitudes hacia las personas en general que pueden llegar al cinismo, en especial en el trato con los enfermos. Otra característica del síndrome es la percepción deshumanizada que puede llevar a contemplarlos, en parte, como merecedores de sus problemas de enfermedad (Gil, 2002).

Una aportación que parece muy interesante es la propuesta de Edelwich (Citada en Rojo et al., 1997), quien describe la desmoralización como una progresiva pérdida de idealismo, energía y propósito experimentada por los trabajadores en profesiones de ayuda como resultado de las condiciones de su trabajo, frente a las demandas excesivas por parte de los usuarios / enfermos.

Una clasificación (citada en Seanon, 2001) permite identificar cuatro niveles de desencadenantes del síndrome de desgaste:

1.- A nivel individual, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios y convierten en un reto personal la solución de los problemas. Consecuentemente se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual redundará en bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional.

2.- En el terreno de las relaciones interpersonales, las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de desgaste. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración.

3.- Desde un nivel organizacional, los profesionales de salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada.

4.- por último, en el **entorno social** se encuentran algunos cambios y condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.).

Los trabajos epidemiológicos estudian diversas características sociodemográficas que probablemente se encuentren involucradas precipitando la presencia del síndrome u otras como protectoras; como podrían ser el sexo, la edad, la etnia, el estado civil así

como nivel socio-económico y socio-cultural, que ejercen una moderada influencia sobre el estado de salud de las personas (Bruchon, 1998).

En un artículo realizado en personal sanitario en España se propone el siguiente perfil teórico de riesgo: ser mujer, mayor de 44 años, separada, divorciada o viuda, con más de 19 años de antigüedad profesional y más de 11 años en el mismo centro de trabajo, que realiza su tarea en un centro de más de 1000 trabajadores y dentro del ámbito de la atención especializada; dedicada a su tarea directamente en relación con los enfermos al menos el 70% de su jornada laboral, teniendo a cargo entre 21 – 100 enfermos y trabajando 36 – 40 horas a la semana (Rojo, et al., 1997).

Una buena red social actúa como protección, mientras que el aislamiento se corresponde con un mayor riesgo de mortalidad y morbilidad, diversos cánceres en la mujer y enfermedades coronarias en ambos sexos (McCue, 1991).

El proceso de desgaste (citado en Butterfields, 1988), se describe en cuatro fases:

1.- FASE DE ENTUSIASMO: está ocasionada por expectativas idealistas y por lo general se da en los primeros años de ejercicio profesional, cuando precisamente se siente que el trabajo ofrece todo lo que uno necesita en la vida. La peligrosa consecuencia es que, en este estado, se produce una sobre-identificación con los enfermos/clientes y tienen lugar excesivos e ineficaces gastos de energía.

2.- FASE DE ESTANCAMIENTO: está caracterizada por la toma de conciencia de que un excesivo énfasis en el trabajo puede llevar a negligencias en las necesidades personales, se siente que uno se está apartando de otras satisfacciones de la vida.

Por otra parte, se comienza a ver que no siempre, o en todos los casos, se está recompensado por los superiores o apreciado por los enfermos; se comienza así a pensar

que el excesivo involucramiento en el trabajo conlleva el decremento de otros intereses creados en la vida.

3.- FASE DE FRUSTRACIÓN: representa el centro del síndrome, el cual está marcado por la fase en la que el médico y la enfermera se cuestionan el valor del trabajo en sí mismo, lo cual provoca un descenso en la motivación hacia los enfermos/clientes, situación que puede degenerar en actitudes negativas, llega a intensificarse por el contagio con otros compañeros con actitudes pesimistas hacia el trabajo.

4.- FASE DE APATÍA: es el mecanismo de defensa desarrollado para combatir el daño emocional progresivo ocasionado por la frustración experimentada, que desemboca en una fácil identificación y falta de interés hacia el enfermo: se establece un sentimiento de vacío total que se manifiesta, en principio, en forma de distanciamiento emocional y aumenta hasta el desprecio y cinismo, como consecuencia de las etapas anteriores.

El desgaste, tal como la describe Edelwich en sus etapas (citado en Butterfields, 1988), se manifiesta como resultado de las condiciones del trabajo en las profesiones de ayuda; en la enfermería estas condiciones podrían determinarse según los siguientes puntos:

- 1.- Negación de que enfermería desempeñe un papel causal de ayuda.
- 2.- Malestar físico.
- 3.- Baja implicación laboral, debida a un bajo grado de autonomía en el trabajo.
- 4.- Pobre definición de tareas.
- 5.- Falta de procesos innovadores en el campo laboral y profesional.
- 6.- Elevada presión de trabajo.
- 7.- Ausencia de soporte por parte de supervisión o dirección.

En conjunto, médicos y enfermeras, ante el sentimiento creciente de insatisfacción profesional, pueden reaccionar con tres actitudes perfectamente definidas: permanecer callado y continuar en la institución interiorizando sus frustraciones y agresividades; continuar en la institución protestando, convirtiéndose en un inconformista polémico, con difícil relación con compañeros y órganos de dirección, o abandonar el puesto de trabajo (McCue, 1991).

Por lo general, en la bibliografía consultada, la mayoría de los autores acaban sistematizando sus análisis bajo las siguientes características (Pando, et al., (1986):

- 1.- La desmoralización es más un proceso en un continuo movimiento temporal que una condición estática.
- 2.- La desmoralización se entiende como un proceso de respuesta a una situación de estrés crónico.
- 3.- Los trabajadores más susceptibles a la desmoralización han empezado su carrera con dedicación idealista a los servicios humanos.
- 4.- La desmoralización se limita a trabajadores profesionales en las profesiones de ayuda.

En atención primaria, los médicos tienen menores niveles de agotamiento emocional y despersonalización en el trato con los pacientes, sin diferencias significativas en el grado de realización profesional con los compañeros de atención especializada, aunque tienden a estar más satisfechos con su trabajo que estos últimos, de la misma manera ocurren en la profesión de enfermería (Mingote, 1998).

2.3. Burnout como desarrollo dinámico.

Chemis en 1980, fue el primero en proponer que se trata de un desarrollo continuo fluctuante en el tiempo: “ es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los

profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral” (Mingote, 1998).

Describió en detalle tres fases evolutivas, en la primera, tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos, es decir se trata de una situación de estrés psicosocial; en la segunda fase, se produce un estado de tensión psico-fisiológica y, en la tercera fase se suceden una serie de cambios conductuales como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, con anteposición cínica de la gratificación de las propias necesidades al mejor servicio del cliente, por un afrontamiento defensivo de evitación en tareas estresantes y retirada personal.

El estudio de los mecanismos adaptativos en este tipo de situación tiene dos objetivos prioritarios; limitar la incidencia del estrés en las enfermedades que se tienden a precipitar con la presencia de este y tienen efectos negativos y además favorecer la implementación de estrategias de adaptación más eficaces frente a enfermedades más graves con o sin hospitalización (Galindo, 2009).

Propuesto por Lazarus en 1978, la estrategia de afrontamiento es “ *el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales destinados a controlar, reducir o tolerar las exigencias internas o externas que ponen en peligro o superan los recursos del sujeto* ” (Bruchon, 1998).

Estas reacciones pueden ser de dos tipos:

1.- **Reacciones** conductuales: estas pueden ser una reacción a las emociones en forma conductual por confrontación con la situación; el sujeto busca apoyo social e información espera adaptarse mejor, reacción al problema por confrontación y reacción por confrontación mediante acciones positivas.

2.- **Reacciones** cognitivo-afectivas. Está centrada en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante.

Por lo anterior se debe de tomar en cuenta factores propios de la situación, factores de la disposición (características de personalidad, experiencia personal, terreno biológico, etc.) y factores de interacción (estrategias de afrontamiento, interacción entre comportamiento y enfermedad, relación con el equipo médico, etc.)

La poca atención prestada al estrés durante el período de la residencia puede producir efectos negativos, además de conductas adaptativas negativas para el correcto desempeño de los médicos jóvenes durante este proceso educativo tan crítico (Butterfield, 1988).

Las estrategias de adaptación pueden modular la emoción según sea el estímulo, haciendo variar la atención, por evitación-vigilancia (la vigilancia favorece la expresión de las emociones y conductas adaptativas en la vida diaria; la evitación produce una disminución en las preocupaciones y permite mantener una vida normal, pero distante a la realidad), mediante actividades cognitivas de denegación o conductas activas (esto permite minimizar el problema y reducir la carga emocional pero opera solamente durante un tiempo limitado).

La reevaluación de la situación contribuye a mejorar la eficacia de las estrategias de afrontamiento individuales (Bruchon, 1988).

Para Etzoin (1987) es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin apenas señales manifiestas y que evoluciona casi siempre de forma larvada hasta que hace eclosión repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda relacionar con ninguna situación estresante particular.

2.4. Diferencias entre desgaste y estrés.-

La noción de estrés agrupa las reacciones coordinadas, específicas y enumeradas, fisiológicas y luego eventualmente patógenas, no específicas del agente causal, que el organismo produce cuando es sometido a demandas, solicitudes, exigencias y estímulos ambientales; esta reacción sobrepasa la respuesta específica asociada con la naturaleza y la intensidad del estímulo (Raix, et al., 2001).

Selye describió inicialmente el síndrome del estrés en 1935 bajo la forma *de un Síndrome producido por diversos agentes nocivos*, luego, de una manera más acabada; en 1946, en *El síndrome de adaptación general y las enfermedades de adaptación* (Pando, et. Al.1986).

Mientras que el estrés representa la suma de las modificaciones inespecíficas que se producen en el organismo en un momento cualquiera, el síndrome general de adaptación (SGA) engloba todas las modificaciones inespecíficas, que se desarrollan en el tiempo, durante la exposición continua a los ataques de un factor estresante (Schwartzmann, 2004).

El SGA se desarrolla progresivamente en tres fases: reacción de alarma, fase de resistencia y fase de agotamiento; le sirve al individuo para su adaptación al medio, pues representa un estímulo para las defensas y la adquisición de una resistencia contra los agentes nocivos.

La mayoría de las observaciones de Selye provienen de experiencias animales y permiten considerar las vías neurológicas y hormonales de las reacciones de estrés y deducir sus impactos en lo que se refiere a lesiones. La tiroides, las paratiroides, el páncreas y la post-hipófisis poseen en común la capacidad de mantener al organismo en equilibrio (Butterfield, 1988).

El balance está equilibrado la mayoría de las veces; sin embargo, en algunos casos, la perturbación de este equilibrio es lo suficiente para que el cuerpo reaccione de manera particular (López, 2019).

Es preciso establecer una relación entre el estrés biológico y las reacciones psicológicas de tipo emocional o de comportamiento. Debe llevarse a cabo un segundo salto epidemiológico; asegurar la relación causal entre los estímulos psicológicos o las situaciones sociales y las reacciones de estrés, es decir, incluir los factores psicosociales entre los factores potencialmente estresantes.

Crespy, definió de nuevo los agentes estresantes: *“son considerados como factores de estrés únicamente aquellos susceptibles de engendrar desórdenes funcionales o a largo plazo lesiones orgánicas, como producto de la imposibilidad actual del organismo para aprovechar el estado de movilización en el cuál se sitúa el estrés”*(Pando, 1986).

Cuando existe una respuesta al estrés debe considerarse como un factor positivo de adaptación del hombre a su medio.

Un poco más adelante el autor agrega: *“es posible preguntarse si el medio laboral no constituye en sí el mismo medio más propicio para la aparición o el desarrollo de esta patología, debido a la exigencia que representa para el hombre, como organismo biológico y como ser social”*.

Como proceso biológico el estrés tiene consecuencias patológicas como por ejemplo depresión, hipertensión arterial, enfermedades coronarias, úlceras gastro-duodenales, etc. con sus traducciones verbales (expresión de la vivencia del trabajo, insatisfacción en relación con el trabajo) y efectos sobre el rendimiento (errores, calidad, productividad) y la vida organizativa (ausentismo, rotación del puesto de trabajo, huelgas, reivindicaciones, etc.)

Para McGrath (1970), en una de las definiciones más clásicas del término: “*el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas* (Cabezas, 1998).

Una revisión empírica de los estudios del estrés en la residencia tratan y describen los diferentes programas de intervención en cuanto a la salud mental de estos en los años 80's e indican que el no dormir adecuadamente y la fatiga son los mayores estresores de los residentes, pero son solamente una parte del complejo problema e influenciado por las demandas producidas por la red social y otros factores (Pando, 1986).

El crecimiento constante de esta situación dicta la necesidad de los cambios en los programas de la residencia atendiendo sus necesidades afectivas.

El estrés es una de las características inherente a nuestro actual estilo de vida en la sociedad industrializada y de tal manera está impregnado en los valores de nuestra cultura que se ha tomado como índice de alto nivel profesional, se acepta y en cierta manera se admira, el binomio relacional de a mayor estrés mayor condición social (Raix, 2001).

La dificultad estriba en determinar la naturaleza de este vínculo, en cuanto a la controversia que ha suscitado el término psicósomático, está se debe al contenido incierto con el que se alude de forma vaga al deseo de la medicina por contemplar la dimensión psicológica del hombre.

En la actualidad en neurofisiología se admite que cualquier situación de estrés provoca una activación del hipotálamo, lo que pone en marcha inmediatamente los mecanismos de protección y defensa por vía motora, visceral y neuro-hormonal,

enviando al mismo tiempo señales a la corteza a fin de que exista conciencia de la emoción provocada (Pando, 1986).

Si la amenaza se prolonga en el tiempo, el individuo no encuentra una respuesta adecuada en forma de conducta adaptativa a la nueva situación, los propios sistemas de defensa y adaptación que se han puesto en marcha pueden acabar provocando trastornos funcionales e incluso orgánicos. En este caso se trataría de una situación de distrés; lo cual favorece la desorganización y la pasividad.

Fue Cannon, en 1935, quien introdujo en fisiología el término estrés, que aplicó a todo estímulo susceptible de provocar una reacción de lucha o huida y que más tarde generalizó a aquellos factores ambientales cuya influencia exige un esfuerzo especial por parte del organismo para mantener la homeostasis (Raix, 2001).

Finalmente; denominó estrés crítico al nivel máximo de estrés que un organismo puede neutralizar y estableció así los fundamentos para el estudio de los efectos patógenos del estrés.

Más adelante, Selye describió el síndrome general de adaptación y sentó las bases para el estudio minucioso de las relaciones entre estímulos ambientales y las respuestas fisiológicas provocadas. Selye definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre él y la utilizó para referirse a la respuesta del organismo, no al agente causante como había propuesto Cannon (Gil, 2002).

Desde el punto de vista de análisis del estrés, también pueden mencionarse los acontecimientos vitales como aportaciones de Holmes, Rahe, Dohrenwend y Sarason, quienes consideran que los distintos acontecimientos emotivos e impactantes que se acumulan en la vida de una persona aguardan estrecha relación con su estado de salud futuros (Holmes, 1987).

También desde la perspectiva psicoanalítica existen aportaciones apoyadas sobre conceptos de conversión y represión. Estos dos modelos teóricos aportan la elaboración intrapsíquica individual frente a los estímulos estresantes externos pero, para nuestro intento de clarificar el concepto de estrés y desgaste resulta más adecuado centrarnos en los modelos basados en el estímulo (Hernandez, 2014). En este sentido Sir Charles Symonds, refiriéndose al estrés de los pilotos, concluyó afirmando: “debería quedar claro que el estrés es algo que le sucede al hombre, no algo que ocurra dentro de sí, es un conjunto de causas no un conjunto de síntomas” (Gil, 2002).

El estrés laboral es uno de los fenómenos más extendidos en nuestra sociedad, porque en ella el trabajo ha cobrado una gran importancia social y porque el interés por la productividad y la eficiencia no siempre han ido acompañados de unas condiciones de trabajo dignas y adecuadas, recursos suficientes para llevarlo a cabo y un diseño de la tareas y puesto que tengan en cuenta las características de las personas, sus necesidades, habilidades e intereses (Velarde, 2002).

A lo comentado anteriormente el Dr. J. M. Peiró (citado en López, et al., 2019) comenta *“el estrés laboral es un fenómeno personal y social cada vez más frecuente y con consecuencias importantes a nivel individual y organizacional. A nivel individual, puede afectar el bienestar físico y psicológico y a la salud de las personas. A nivel colectivo, puede deteriorar la salud organizacional”*.

El conjunto de causas y síntomas que presentan los profesionales ante el estrés son la angustia, el miedo, la ira, acompañadas por las siguientes reacciones: sudor, palpitaciones, extremidades frías, respiración acelerada, activación intestinal o tenesmo vesical, síndrome de hiperventilación, vejiga nerviosa, colon irritable, etc. Además se produce una disminución en el rendimiento profesional, se disminuye la capacidad de

concentración, hay alteraciones de la memoria y una sensación de sentirse indefenso (Schwartzmann, 2004).

Una vez analizada la evolución histórica del estrés en el ambiente de trabajo, en la actualidad podría definirse como una combinación de tres elementos; el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas, pero también se admite como estrés al esfuerzo de adaptación del individuo a los cambios de su entorno, tanto positivos como negativos, a través del mecanismo de lucha y huida que la naturaleza, en su evolución, ha puesto en nuestra biología.

La adaptación de estos conceptos de estrés al área profesional en el sistema de salud, permite postular que los cambios que provocan una sensación de malestar secundaria a la percepción de cómo cambiarán las demandas en el trabajo. Esto puede producirse intensamente con una sobrecarga cuantitativa; o sea; muchas cosas o tareas a realizar, o ser compleja y producir una sobrecarga cualitativa en tareas difíciles de hacer de forma satisfactoria; ambas formas se refieren al estrés por sobre activación.

A estas situaciones se asocian conductas de huida o de hiper reacción ineficientes; sin embargo, también aparecen manifestaciones del síndrome estresante por infra-estimulación: en este caso el individuo tiene la percepción de falta de recursos para afrontar las demandas de un trabajo monótono, carente de sentido y con escasa libertad de decisión; a esta característica de estrés se asocian respuestas de conducta de inhibición de la acción (Holmes 1987).

El llamado estrés profesional, tanto si estamos ante estímulos de sobre activación como la infra-estimulación tiene consecuencias negativas para la institución por la falta de compromiso con los objetivos establecidos y disminución de la creatividad en la tarea; a nivel personal existe el factor de riesgo de deterioro de la salud psico-fisiológica y también pérdida de equilibrio familiar y social.

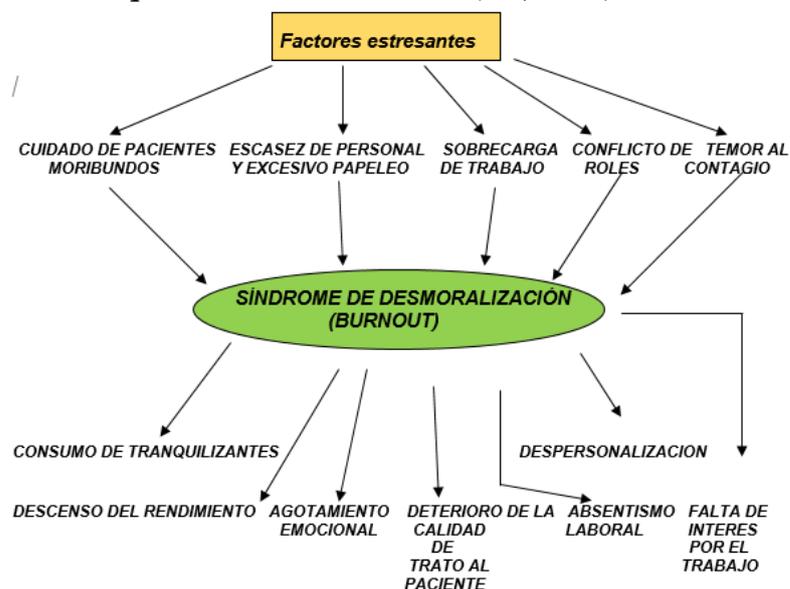
Profundizando en esta perspectiva; Shannon y Saleebey, Whitehead dicen “que las condiciones de debilitamiento psicológico que afecta a los trabajadores en condiciones de alto estrés (sobre todo en servicios humanos) los cuales sufren probablemente los efectos acumulativos de éste” (Gil, et al., 2002).

En este sentido, es posible que los médicos y las enfermeras tengan las mismas dificultades que otros profesionales en el ámbito de los servicios humanos, para reducir el peso acumulativo del estrés, lo cual puede precipitar la crisis de adaptación hasta producir el bloqueo psicológico del individuo e inhibirle como profesional con un aumento de su tendencia a la anergia y anhedonia.

La situación de estrés laboral constituye una situación de riesgo para los profesionales, si no se supera puede conducir a trastornos psicopatológicos tales como ansiedad, depresión, consumo de drogas, psicofármacos o alcohol, suicidio, etc. (Schwartzmann, 2004). Aunque parece probable que el Síndrome de Burnout se correlaciona con los rasgos de personalidad, hay mayor evidencia de su asociación con la política de personal de la empresa, el clima organizacional y las relaciones laborales (Holmes, 1987).

Situaciones consideradas estresantes por el personal médico y de enfermería.

Esquema de Flores- Lozano (Gil, 2002)



2.5. Diferencias entre desgaste y depresión.-

El aspecto más importante que permiten diferenciar entre el burnout de la depresión es que, en el primero, la sensación de impotencia está confinada al ambiente laboral, mientras que la depresión se esparce cubriendo todos los aspectos de la vida.

Las personas con burnout se ven más vitales que los deprimidos, tienden a ver las cosas negativas en los otros y no tanto en sí mismos y tienen la capacidad de disfrutar algunas cosas; solamente en casos muy graves llega a presentarse ideación suicida y esto generalmente coincide con una depresión con-mórbida (Breninkmeyer, et al. 2001).

El concepto de depresión puede tener significado diferente en las diversas etapas del proceso de clasificación. En el plano sintomatológico sería una distimia, como una disfunción del humor o humor cambiante (Hawes, 2002), sin embargo, recientemente, gracias a la atribución clasificatoria del DSM-V se ha empleado el término Trastorno distímico para sustituir el concepto de depresión neurótica, con lo que se pierde su característica de síntoma para pasar a constituir un síndrome clínico (Collier, et al., 2002).

A pesar de las dificultades encontradas en los diferentes sistemas clasificadores de las depresiones, parece que existe acuerdo en tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos, incluso presentes en población general; depresión unipolar, trastornos del ritmo, pérdida de peso, ideas de culpa, menor relevancia de los acontecimientos de la vida, etc. Y finalmente Trastornos bipolares, que se refieren a psicosis maniaco-depresivas y cursan con alteraciones de las funciones psíquicas tales como la percepción y el pensamiento, con ideas delirantes, fuga de ideas, alucinaciones, etc.

Pinnes (Collier, et al., 2002) describe la presencia de puntos de acuerdo importantes entre desgaste y depresión. Sostiene que la dificultad para diferenciar estos dos términos radica en la confusión mantenida entre ambos; se debe a la similitud de síntomas asociados a cada uno de los términos: sentimientos de inadecuación, indefensión, vacío, tristeza, etc. sin embargo, concluye que **“el desgaste es un fenómeno social con repercusiones en el ámbito laboral y no clínico como la depresión”**.

También Oliver entiende que el desgaste y la depresión deben de ser diferentes en términos de tiempo e intensidad de refuerzos tanto positivos como negativos (Hernández, 2014). El término depresión debe ser empleado para referirse a una pérdida repentina de capacidades en un corto período de tiempo, cuando la persona estaba experimentando refuerzos positivos en el trabajo. Y el término de desgaste debe referirse a una pérdida más gradual de capacidades que finaliza con experimentar muy pocos sucesos de refuerzos.

Faber refiere que los síntomas de desgaste, al menos inicialmente tienden a darse en una situación específica; por lo que una persona puede sentirse desgastada en una esfera de su vida, pero no en todas; sin embargo, los síntomas de la depresión tienden a manifestarse a través de todas las situaciones de la vida (Guevara, 2002). Lo más relevante es que cuando se refieren al desgaste se focaliza en el área de trabajo.

Usando datos de 1,805 internos, residentes y personas que realizan prácticas en Ontario, Canadá, Kirby Hsu M.D. y Victor Marshall, Ph.D, reportan la prevalencia de síntomas depresivos y con desgaste es alta en su población de estudio, destacando que las mujeres presentan puntuaciones más altas para la depresión que los hombres. Shanafelt y sus colaboradores encontraron en una población de residentes de medicina interna que el 76% tenían criterios para síndrome de desgaste (Hawes, 2002).

Este estudio también muestra una disminución del 90% en los residentes de primer año contra el 62% de los de tercer año en cuanto a la apatía y el cansancio en los procesos de formación médica. Un estudio realizado por Collier Virginia y colaboradores encontraron en una población de residentes de medicina interna síntomas de depresivos en un 35% (1461), 23% (899) con presencia de desmoralización y 61% (2347) con poca realización personal; lo que derivaba en una actitud cínica de su trato con el paciente, en el proceso de su formación médica (Collier, et al., 2002).

Guevara César y colaboradores estudiaron una población de internos, médicos residentes de áreas clínicas y quirúrgicas en Cali; Colombia encontrando que el 76% de los médicos incluidos en este estudio presentaban desgaste emocional entre moderado y severo, 60% tenían despersonalización y 50% tenían alta realización personal sin diferencias estadísticas entre internos, residentes clínicos y quirúrgicos; llamando la atención que el 52% tenían criterios de severidad de este síndrome (Guevara, 2002).

2.6. Desgaste y patrones de conducta.-

Una diferencia de la afectación del grado de desgaste se encontraría en los rasgos de personalidad. La justificación de los rasgos de personalidad forma parte del intento de dar respuesta a la pregunta ¿Por qué ante los mismos factores estresantes y características ambientales de organización de nuestro sistema de salud, no todos sus profesionales padecen desgaste, sino que muchos de ellos resisten y continúan trabajando con efectividad? la respuesta inmediata a esta pregunta sería: **las diferencias individuales.**

Estas diferencias individuales son la base de amplios estudios realizados acerca de la personalidad. El factor personalidad es tan influyente en cuestiones de estrés que impide una enumeración formal de las causas del mal (López, et al., 2019).

Se pueden identificar estilos de vida (tipos) riesgosos y pequeñas dimensiones de las conductas, rasgos, que pueden disminuir o aumentar la vulnerabilidad de los individuos con respecto a las enfermedades.⁴⁹ Los patrones de conducta más ampliamente estudiados son el tipo A; estas predisponen a enfermedades cardiovasculares, B. Recientemente está emergiendo un nuevo patrón de conducta tipo C, cuya constelación de rasgos parece hacerle resistente a enfermedades cancerígenas.⁴⁸

El patrón de conducta tipo A, descrito por Friedman y Rosenman en (1959), se puede definir como el de aquellos sujetos que viven siempre en el apresuramiento de tratar de alcanzar la más elevada condición en el mayor número de objetivos y en el menor tiempo posible.

Por estas razones son sujetos abocados a una continua competitividad en la persecución de situaciones de liderazgo o de éxito profesional. Sus rasgos descriptivos característicos son: competitividad, necesidad de logro, agresividad, impaciencia, inquietud, tensión de la musculatura facial, sensación de estar constantemente presionado por el tiempo, propensión a valorar los acontecimientos como retos personales, auto exigencia, centrados en el trabajo, etc. (McCue, 1991).

Los diferentes resultados de los estudios han permitido identificar los principales componentes del patrón de conducta tipo A en:

- a.- competitividad, motivación de logro:** integrado por la persistencia (es capaz de desarrollar varias horas de trabajo sin supervisión); consistencia y tenacidad (trabajador infatigable y perseverante), deseos de reconocimiento y status (siente admiración por la gente que ha alcanzado metas importantes); y competitividad (siempre está dispuesto para una apuesta).
- b.- impaciencia:** integrado fundamentalmente por la urgencia temporal, intenta hacer diversas cosas a la vez, muestra impaciencia cuando tiene que guardar

cola, nunca llega tarde a una cita, con frecuencia está pensando en otras cosas cuando una persona le habla, etc.

c.- hostilidad y agresividad: en general responde a la frustración con irritación e ira, no intenta contener sus emociones y se irrita por cualquier cosa.

Hoy en día ya no se considera que el tipo A sea una simple disposición, ni una reacción a determinadas situaciones (competitivas), sino un estilo de interacción particularmente hostil entre el individuo y el ambiente; lejos de ser una víctima pasiva el sujeto busca, e incluso crea, este tipo de situación (Seanon, 2001).

El tipo B corresponde al perfil opuesto (ausencia de características del tipo A) son sujetos de naturaleza poco combativa, proclives a instalarse en situaciones de subordinación y aceptar ésta de forma tranquila.

El tipo C parece caracterizarse por su dificultad para identificar y verbalizar los efectos negativos (hostilidad y ansiedad), asociada a cogniciones depresivas subyacentes (impotencia - desesperanza, auto-devaluación, pérdida de control, fatalismo) (McCue, 1991).

Los sujetos de tipo C realizan un constante esfuerzo defensivo (llamado evitación o estrategia represiva) a fin de ocultar su sufrimiento y mostrar una afectividad aparentemente positiva.

La ansiedad y la depresión deben evaluarse por procedimientos indirectos. Frente a ciertos acontecimientos aversivos de la vida, vividos como pérdidas, los sujetos de tipo C utilizarían un estilo de interacción particular, costoso e ineficaz, que implica a la vez existencia de cogniciones depresivas y la no expresión de los afectos negativos (Bruchon, 1998).

Queda por definir los rasgos considerados más frecuentes de presentar al desgaste: serían personas ansiosas, reservadas, con sentimiento de agotamiento, fracaso e

impotencia, sobre implicados emocionalmente en el trabajo, intolerantes que con facilidad se sienten heridos o frustrados por algún obstáculo, con dificultades para controlar sus impulsos hostiles.

También Pinnes refiere que mientras perder el contacto con las metas propias es un síntoma de desgaste, tener metas demasiado altas o poco realistas es un peligro común en profesionales dedicados a la ayuda a los demás y un poderoso antecedente del síndrome de desgaste profesional (Collier, et al., 2002).

Hablaremos a continuación un poco sobre rasgos de personalidad, los cuales son aquellas características que nos permiten crear una descripción exhaustiva de la persona. Particularidades que nos permiten distinguir a unos de los otros, y que provocan que el individuo actúe de una determinada manera, en relación con el rasgo que lo define.

Se encuentran rasgos patógenos como la depresión y la ansiedad, así como rasgos protectores como la resistencia, el optimismo, el control y la auto-eficacia.

Algunos autores piensan que los rasgos patógenos mencionados se agrupan en un mismo factor de afectividad negativa (depresión, ansiedad) y que los rasgos benéficos constituyen la afectividad positiva (Thomas, 2004). Con los años los investigadores han ido cambiando su centro de interés desde los factores contextuales, o sea, la búsqueda de las situaciones que fragilizan al individuo y las disposiciones personales, o sea, búsqueda de los aspectos vulnerables de la personalidad, hacia el estudio de las transacciones entre persona y situación; por lo que pueden resultar en adaptativas o funcionales y patológicas o disfuncionales.

Purdy y colaboradores; al igual que, Lemakau y colaboradores, aplicaron el Inventario multiaxial de la personalidad de Millon encontrando que aunque los rasgos obsesivos de la personalidad llegan a ser adaptativos para los médicos, en algún

momento influyen positiva o negativamente para el desarrollo del síndrome de desgaste (Thomas, 2004).

Hay rasgos de evitación, dependientes, antisociales y pasivos-agresivos que influyen en un alto agotamiento emocional en contra de rasgos narcisistas, histriónicos, compulsivos y esquizoides que no se relacionan con este alto agotamiento emocional.

2.7. Desgaste y satisfacción en el trabajo.-

Es indudable que el trabajo es una parte esencial de la vida del ser humano, que influye en su calidad de vida; Levi y Levi (2000) plantean que esta influencia puede ser positiva (“*LA SAL DE LA VIDA*”) o negativa (“*UN BESO DE LA MUERTE*”).

En cuanto a la realización en el trabajo, fueron Maslach y Jackson quienes decidieron investigar sobre esta característica y poder validar de esta manera el Inventario del Burnout con el Job Diagnostic Survey (JDS) cruzando la escala de satisfacción de trabajo con la del agotamiento emocional (Galindo, 2009).

Las correlaciones encontradas aportaron evidencia a la validez discriminante para el MBI, en consecuencia, añadieron a la definición inicial de desmoralización “ aquellos individuos con puntuaciones positivas, en agotamiento emocional, presentarán un conjunto de sentimientos negativos hacia el trabajo, además de disminución de la motivación” y concluyen que la búsqueda de las causas del desgaste no hay que dirigirla hacia la identificación de los profesionales de salud inefectivos, sino al descubrimiento de malas condiciones y situaciones en la que los buenos profesionales se vuelven poco eficaces (Gil, 2002).

El estudio del cansancio en la industria requiere el análisis del puesto de trabajo, así como de las variables psico- fisiológicas del trabajador. El deterioro somático es el conjunto de modificaciones cuantitativas de los procesos fisiológicos o bioquímicos,

propriadamente orgánicos e independientes de la conciencia de individuo, provocados específicamente por el trabajo (Wilhelm et al., 2003).

El cansancio constituye un signo de alarma que provoca la activación de frenos psico- fisiológicos y puede ser subestimado por el individuo “por razones imperiosas” (generalmente financieras, con frecuencia económicas o sociológicas, a veces afectivas). Como consecuencia, pueden aparecer estados de agotamiento con expresión somática y psíquica recíproca con la personalidad del individuo y su vida fuera del trabajo. Siempre se encuentra astenia física y psíquica, trastornos en la regulación del sueño y perturbaciones en la vida familiar y social (Yao, 2000).

Los administradores de recursos humanos en el ámbito de la salud deben de ser conscientes de que la primera medida para evitar el síndrome de desgaste por el trabajo es evaluar a su personal para conocer sus manifestaciones. Pero, además de considerar programas que impliquen la adquisición de conocimientos, los intentos de intervención deben incorporar otras acciones.

Las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles:

- a) considerar los procesos cognitivos de auto- evaluación de los profesionales, el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual),
- b) potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal) y,
- c) eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional) (Seanon, 2001).

El estudio realizado (citado en Collier, et al., 2002), encontraron que el 18% (4128) de las respuesta de los cuestionarios aplicados a residentes de medicina interna se

sometían a factores emocionales y financieros que interferían con la formación académica de estos. La deuda educacional reportada la más pequeña fue de \$ 50 000 dls para 1657 (42%) de los que contestaron, menos de \$100 000 dls para 737 (19%).

El gasto mensual disponible fue de US\$100 o menos para 1620 (43%) de los residentes, 637 residentes (16%) no pudo tener condiciones de vida adecuadas.

Burnout es sin duda un mal de nuestro tiempo, por ello debemos de cuidar en las organizaciones:

- a.- La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- b.- El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
- c.- El conflicto de rol, la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
- d.- La ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
- e.- La falta de equidad o justicia organizacional.
- f.- Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
- g.- Los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para que pueda desarrollar su trabajo.
- h.- La falta de participación en la toma de decisiones.
- i.-La imposibilidad de poder progresar /ascender en el trabajo.
- j.- Las relaciones conflictivas con compañeros o superiores.

Estas pueden agruparse en tres áreas fundamentales de acción:

1.- La propia tarea, referida principalmente a aspectos técnicos del puesto de trabajo como son:

- exceso de trabajo
- el conflicto del puesto
- la ambigüedad de este

2.- Las relaciones interpersonales, reflejando esta la característica del patrón de relación para trabajar con otros, o sea, compañeros, superiores, clientes, etc. En este punto se debe evaluar lo siguiente:

- las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/cliente de la organización
- los impedimentos por parte de la dirección o del supervisor para poder desarrollar el trabajo
- las relaciones conflictivas con los compañeros o superiores

3.- La organización, refiriéndose al movimiento general dentro de la empresa, lo que influye tanto social como políticamente dentro de esta. Valorando principalmente lo siguiente:

- la falta de equidad y/o justicia
- la falta de participación en la toma de decisiones
- la imposibilidad de poder progresar / ascender en el trabajo.

Un último ámbito de actuación se centraría sobre la falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo, ámbito al que claramente podríamos denominar auto-eficacia (Carrillo, et al., 2012).

El factor cognitivo, la percepción de capacidad, es específico de cada situación, así podríamos encontrarnos con personas con una alta percepción de capacidad para

manejar las situaciones interpersonales y que sin embargo se perciban incapaces de responder ante un exceso de trabajo o ser más persuasivos en su toma de decisiones organizacionales.

Es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el síndrome de desgaste profesional. Las mayores necesidades de los médicos más jóvenes son la prevención y la intervención temprana mientras que en los médicos de mayor edad la valoración y el tratamiento cobran una importancia mayor, siempre teniendo en cuenta la premisa “MIENTRÁS MÁS TEMPRANO MEJOR“(Wilhelm, 2003).

Por ello de cara a planificar y diseñar intervenciones para prevenir o reducir este fenómeno, sería recomendable realizar intervenciones específicas detectando los factores implicados y generando juicios de capacidad para afrontar esa situación laboral con éxito.

Sería conveniente recordar que las cuatro fuentes para generar juicios de auto-eficacia en las personas se han utilizado exitosamente en numerosas investigaciones aplicadas al ámbito organizacional (Daugherty, 1998): la propia experiencia, la formación modelada, la persuasión o los estados de ánimo.

Un estudio inglés realizado entre médicos residentes (Dowling y Barret, 1991) encontró que estos médicos nocivos mantenían los factores de riesgo que habían desarrollado antes de graduarse en la escuela de medicina y que posteriormente incurrían en un estado de estrés que era causado por la falta de sueño, una carga de trabajo excesiva y desilusiones durante el primer año de postgrado; incluyendo además las expresiones de ira que eran probables en estas circunstancias.

La prevención y tratamiento lo vamos a comprender y abordar mejor desde tres puntos importantes:

a.- El trabajo personal: no podemos plantearnos el manejo del burnout sin abordar nuestro propio esquema de ver las cosas, sin una modificación propia de actitudes y aptitudes (Juárez, et al., 2014).

Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos más realistas, que nos permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

Sin duda en nuestra profesión/tarea el aspecto emocional, querámoslo o no, seamos conscientes o inconscientes de ello, es fundamental. Tendríamos que aprender a manejar emociones. En cualquier profesión, es trascendental y de vital importancia equilibrar nuestras áreas de funcionamiento: **FAMILIA-AMIGOS-AFICIONES-DESCANSO-TRABAJO**, evitando a toda costa que la profesión absorba estas, a que son grandes protectores del burnout.

b.- El equipo: los compañeros de trabajo tienen un papel importante en la presencia o no del burnout.

b1.- en el diagnóstico precoz: ya que estos son los primeros en darse cuenta, antes que el afectado.

b2.- Son una importante fuente de apoyo: son quien mejor nos comprenden, a que pasan por lo mismo. Por el contrario, cuando las relaciones son malas, contribuyen a una rápida evolución del burnout.

Por todo lo anterior es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo, esto se puede lograr realizando lo siguientes puntos:

- Facilitando espacios comunes no informales dentro de la jornada laboral.
- Fomentando la colaboración y no la competitividad (objetivos comunes).

- Formación de grupos de reflexión de lo emocional, tanto de las relaciones tarea-cliente, como los aspectos emocionales de las relaciones interpersonales (en el aspecto laboral) dentro del equipo.

c.- la institución: está principalmente debe de valorar tres áreas: formación, organización y tiempo. Lo anterior se puede conseguir siguiendo estos puntos:

c1.- minimizar imprevistos, es decir, organizar urgencias, para que no interfieran en el trabajo diario

c2.- disminuir y facilitar la burocracia

c3.- reuniones acorde a las necesidades sin afectar el tiempo de las personas, produciendo un desgaste más.

c4.- disminuir la distancia entre los niveles jerárquicos.

Un estudio realizado por Wright, (Yao D, et al., 2000) en residentes de medicina interna en los Estados Unidos encontraron que los jefes de residentes y los médicos que los atendían frecuentemente identificaban más problemas entre los residentes de esta especialidad (84% y 76%, respectivamente); y raramente eran identificados por los residentes afectados (2%).

Por todo lo anterior (como se menciona en Mena, 2014) se pueden considerar puntos claves para la prevención del Burnout:

- 1.- el proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
- 2.- formación en emociones
- 3.- equilibrio de áreas de funcionamiento
- 4.- fomentar una adecuada atmósfera de equipo con espacios comunes y objetivos comunes.
- 5.- limitar a un máximo la agenda asistencial
- 6.- tiempo adecuado por paciente (10 min. De media como mínimo).

- 7.- minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar
- 8.- formación continua, dentro de los tiempos de la jornada laboral
- 9.- diálogo efectivo con los puestos superiores y gerenciales
- 10.- creación de espacios comunes y objetivos compartidos.

En un estudio realizado por Dugherty Steven MD y colaboradores con residentes de 2do año en Estados Unidos encontró como conclusión que estos mencionaban problemas significativos durante su proceso de formación; y que su satisfacción personal con esta etapa educativa era principalmente realizada por sus experiencias de aprendizaje y por la no presencia de maltrato por los diferentes niveles jerárquicos (Maslach, 1981).

Se debe de estar alerta a los fenómenos que se manifiestan en los médicos más jóvenes tales como explosiones de enojo repetitivas, cambios inesperados y no característicos en las prácticas de trabajo, depresión, trastornos de la alimentación, a que pueden constituir *signos de alerta tempranos*, si no son tomados en cuenta, conducen problemas como la automedicación y el suicidio; los trastornos psiquiátricos pueden ser tratables y que una intervención temprana puede salvar tanto a sus familias, como a sus carreras.

El estudio realizado con directores de programas de residencia de medicina interna encontraron que durante los cinco años de formación, el 55.5% de los residentes en formación presentaban niveles de ausentismo por implicaciones emocionales, esto se presentaba más comúnmente en mujeres (Smith, et al., 1986).

En conclusión el síndrome de desgaste profesional resulta de una diferencia entre, por una parte las expectativas e ideales individuales, por la otra, la dura realidad de la vida laboral cotidiana.

Los lineamientos a seguir por las personas que laboran en las instituciones de salud son encaminados a la atención entre el Profesionista, el Paciente y la enfermedad, esto lograra un menor estrés, mayor satisfacción laboral y mejor calidad de vida para el Profesionista y el Paciente, así como a los demás empleados de la institución.

Consecuencias como la tasa de accidentes laborales y el ausentismo de los profesionales hacia los usuarios de la organización y el servicio que ofrecen están asociados a mayor presencia de riesgos laborales en su entorno profesional, siendo de especial relevancia en el sector sanitario los riesgos de origen psico-social debido a que los profesionales trabajan en continua interacción con personas.

Capítulo 3: Manejo y prevención del síndrome de Burnout.

El Síndrome de Burnout genera bajo rendimiento laboral, conflictos en las unidades de atención hospitalarias, enfermedades en el personal y un trato inadecuado a los pacientes.

Actualmente el Síndrome de Burnout se presenta también en los médicos residentes de área quirúrgicas y no quirúrgicas adscritos al hospital general “Dr. Donato G. Alarcón” de Cd. Renacimiento.

El Síndrome de Burnout no tiene ningún tratamiento establecido, ni tampoco una estrategia simple de prevención. Las terapias que se aplican están orientadas a restablecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral, y se basa en el control del estrés, el ensayo conductual y la potencialización del autocontrol (Potter 1990).

Es importante identificar cuáles son las situaciones que pueden llevar a padecer el síndrome, para poder prevenirlo; algunas de ellas son: el ambiente físico hospitalario, que incluye factores como excesivo ruido, calor, iluminación etc., la forma de organización laboral, ya que se puede ver afectado por horarios inadecuados, turnos, jornadas o tipos de contrato, una excesiva carga física y mental de trabajo monótono o repetitivo (Buendía 1999).

En algunas situaciones, un breve periodo de baja laboral o cambio de área puede favorecer la reducción de los síntomas del Burnout y en los casos más graves hay que recurrir a fármacos antidepresivos o renuncia de la profesión (Singh 1998).

Es importante buscar la disminución del problema del Síndrome de Burnout en el personal de Salud, ya que como se ha visto es un gran problema que influye negativamente en los objetivos de las unidades hospitalarias.

La principal dificultad para el tratamiento es la resistencia del profesional de la salud para admitir que tiene problemas emocionales y adoptar el rol de paciente.

3.1 Afrontamiento

Continuando con lo aportado por Maslach, existen una serie de estrategias, que nos pueden favorecer en la prevención, disminución y control del Burnout, que tratan de influir en los factores relacionados en la aparición del mismo (Zapata, 1994).

Al Síndrome de Burnout se le puede manejar de forma más fácil y rápida cuando se encuentra en sus fases de inicio que cuando ya está francamente establecido (Potter, 1990).

Tendremos que mantener un proceso de adaptación entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos de esta manera objetivos más realistas a la situación laboral. (Goleman, 2001)

Las habilidades de afrontamiento son estrategias que nos permiten manejar las dificultades y tienen un papel muy importante en la manera en la que se identifican y buscan resolver los problemas. Estas habilidades tienen influencia sobre el estrés percibido y sobre cómo es manejado el mismo.

Lazarus y Folkman (1984), definen el afrontamiento desde su teoría afirmando que es la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, para manejar las demandas específicas internas o externas, que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordantes.

Entonces, podemos decir que las estrategias de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que controlan las condiciones aversivas del entorno disminuyendo, por tanto, el grado de perturbación psicofisiológica por estas, tomando en cuenta las ocho estrategias de afrontamiento que son las siguientes: confrontación,

distanciamiento, solución de problemas, apoyo social, responsabilidad, escape-
evitación, autocontrol y reevaluación positiva (Lazarus y Folkman, 1984).

Otra situación a tomar en cuenta es que las situaciones dentro y fuera de la unidad hospitalaria no afectan por igual a todas las personas ni a todos los grupos dentro de la misma institución. Un mismo tipo de suceso vital puede generar niveles elevados de estrés e importantes alteraciones de la salud en unas personas pero no en otras. Los efectos del estrés están relacionados a la percepción de nosotros sobre el factor estresante, la capacidad del individuo para manejar la situación, la preparación del individuo por la sociedad para afrontar los problemas y la influencia de los patrones de conducta aprobados por la sociedad.

Los individuos no sólo perciben de forma diferente las amenazas de las situaciones estresantes, sino que también emplean diferentes habilidades, capacidades y recursos, tanto personales como sociales (familia, amigos, etc.), para hacer frente a las condiciones potencialmente estresantes.

El sujeto puede utilizar cada uno de sus recursos personales y sociales para afrontar el estrés. El tipo de afrontamiento que use va a depender, entre otras cosas, de las características de la situación estresante y de la valoración cognitiva que el sujeto haga de la misma.

Los recursos de afrontamiento pueden ser físicos, psicológicos estructurales y culturales, para tener mayor claridad, es relevante decir que los recursos culturales, tienen que ver con las creencias que la persona tiene, y con los procesos de atribución causal, tales creencias, valores, normas entre otros, vienen dados por la cultura propia del individuo (Pastor, 1993).

Los recursos estructurales se refieren a la estructura de los papeles sociales que comprenden la organización de un sistema social y los subsistemas y redes que esto incluye.

Los recursos sociales se refieren a los procesos de interacción social real que se producen y al entorno social que rodea los encuentros interactivos. Por su parte los recursos psicológicos se refieren a los estados afectivos y cognitivos, a los esquemas de acción y a los repertorios comportamentales del individuo. Finalmente están los físicos, que se refieren al entorno físico del sujeto y a las características biológicas del organismo (Brewen, Metsch & Zenilman, 2002).

Lazarus y Folkman (1984) afirman que las formas de afrontamiento dependen fundamentalmente de los recursos disponibles y de las dificultades que pueda tener el individuo para alcanzarlos, dentro del contexto de una interacción determinada. Según estos autores, tener muchos recursos no significa disponer de los mismos, sino que también se debe tener la habilidad para utilizarlos ante las diferentes exigencias del entorno.

El afrontamiento se puede definir en diversos términos, tales como las estrategias y los estilos de afrontamiento. En el primer caso se trata de formas de afrontamiento del estrés más específicas, como sería realizar acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, tratar de dominar la tensión o buscar apoyo social. Los tipos de afrontamiento establecen; son estilos más personales para llevar a cabo unas u otras estrategias de afrontamiento.

Es verdad que hay características personales para responder al estrés más con unas estrategias que con otras. También es adecuado decir que unos individuos cuentan con más recursos de afrontamiento que otros. Los recursos de afrontamiento son

características personales y sociales en los que se basan las personas cuando tienen que hacer frente a los estresores (Pearlin y Schooler 1978).

3.1.1 Tipos de afrontamiento

Carver, Sheier y Wientraub proponen una forma de clasificación para el afrontamiento, distinguiendo tres tipos de afrontamiento: un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento (Carver, 1989).

El primero referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante está orientado al cambio de una situación estresante hacia otra situación que no supone una amenaza para la persona, superar esta situación conlleva un aumento de la capacidad de ajuste del individuo.

El segundo consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación, aquí se realiza una reevaluación de la situación, se valora el nivel de amenaza, cuanto afecta, hasta qué punto puede tolerarse la situación, etc.

Y la evitación, está referida a las conductas de evasión del afrontamiento y conductas de escapatoria.

3.1.2. Técnicas de Afrontamiento

A partir de esta distinción realizada en los tres tipos de afrontamiento, Carver y colaboradores (1989) también proponen quince Técnicas de Afrontamiento:

1. Búsqueda de Apoyo Social: Las personas pueden buscar apoyo social por dos medios: instrumental y emocional. Ambos son conceptualmente distintos, aunque, generalmente, se utilizan conjuntamente.
2. Búsqueda de Apoyo Social Emocional: Engloba las acciones emprendidas por el

sujeto para buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés (el cariño, la simpatía y la comprensión). Se trata de buscar apoyo afectivo, empatía y comprensión; y es un afrontamiento centrado en la emoción.

3. **Búsqueda de Apoyo Social Instrumental:** Implica la búsqueda de recursos humanos que le puedan dar al sujeto un apoyo instrumental para manejar el problema en forma de información, consejo, apoyo económico, etc. Esta estrategia corresponde al afrontamiento centrado en el problema.
4. **Desconexión:**
 - **Desconexión Conductual:** Hace referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante.
 - **Desconexión mental:** Es una variante de la desconexión conductual. La desconexión mental sucede mediante una amplia variedad de actividades distractoras, las cuales permiten al sujeto distraerse de la situación estresante. Estas actividades alternativas pueden ser soñar despierto, dormir, escapar por inmersión en la televisión, etc.
5. **Desahogarse o Centrarse en las Emociones:** Alude a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante. Generalmente utilizan este tipo de estrategia los sujetos que visualizan el estresor como perdurable e inmodificable. Implica concentrarse en el estrés o las situaciones molestas que se están viviendo y exteriorizar estos sentimientos.
6. **Negación:** El sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa “como si nada sucediera. A menudo se sugiere que la negación es útil para minimizar el estrés y facilitar el afrontamiento, sin embargo se puede argumentar que la negación crea problemas adicionales, a menos que el estresor pueda ser realmente ignorado.

7. **Supresión de Actividades Distractoras:** Se refiere a aquellas conductas que permiten al sujeto centrarse en el acontecimiento estresante al que ha de enfrentar, y que al mismo tiempo evite otras actividades o pensamientos que lo distraigan. Significa dejar de lado otros proyectos, evitando la distracción, y sobrellevando la situación estresante.
8. **Religión:** Se refiere a actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante. La religión puede servir como una fuente de apoyo emocional, como vehículo para una reinterpretación positiva y como una técnica de afrontamiento activo.
9. **Reinterpretación positiva:** Engloba lo referente a aquellos aspectos de crecimiento personal que pueden derivarse de la experiencia de estrés. Esto significa que la persona reconstruye una situación estresante en términos positivos.
10. **Refrenar el Afrontamiento:** Describe los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto negativamente, al tener que tomar decisiones precipitadamente. Se refiere a esperar una oportunidad apropiada para actuar, manteniendo la misma actitud y no actuando apresuradamente.
11. **Aceptación:** Se refiere a la aceptación del problema. Consiste en dos fases del proceso de afrontamiento; la aceptación de un estresor como real donde la persona juzga el significado de una situación específica con respecto a su bienestar, y por otra parte la aceptación de la ausencia de una estrategia de afrontamiento, aquí la persona evalúa sus recursos de afrontamiento (físicos, sociales, psicológicos y materiales) frente al estresor.
12. **Afrontamiento Activo:** Son las acciones directas realizadas por el sujeto para

modificar la situación e intentar mejorarla. Es decir, es un proceso de afrontamiento, cuyo fin es el de remover el estresor o mejorar sus efectos.

13. Planificación: Es un modo de afrontamiento analítico y se refiere específicamente, a pensar en cómo afrontar un estresor, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema.
14. Consumo de Drogas: Esta se traduce a conductas motoras de adicción, de escape- evitación de la situación estresante, con el fin de disminuir el estrés ocasionado por ésta.
15. Humor: Alude al empleo del humor como estrategia distractora y de distanciamiento que ayuda a desdramatizar la situación.

De la Rosa y colaboradores exponen, que la reinterpretación positiva como técnica de afrontamiento parece ayudar a aliviar el agotamiento físico y emocional, y acrecentar el sentimiento de logro personal y que los hombres tienden a utilizar menos el desahogo como estrategia, y que las mujeres buscan más aquellas relacionadas con el soporte social (De la Rosa et al.1998).

3.2. Habilidades Sociales

En situaciones de desgaste físico o emocional, un buen apoyo pueden los compañeros, el cónyuge, el resto de la familia o los amigos. Los colegas pueden ayudar a disminuir la tensión emocional, obrando directamente en la fuente del estrés, afrontando la situación de forma más eficaz. Muchas veces hablar con compañeros nos ayuda a comprender que ellos tienen problemas similares, y que quizás los problemas propios son magnificados en exceso. Los colegas también nos darán ánimo y con frecuencia, en muchas ocasiones, son los únicos que reconocen el trabajo bien hecho (Fontana 1992).

Podemos definir a las habilidades sociales como aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener o mantener reforzamiento del ambiente. (Caballo, 1988)

En consecuencia, podríamos decir que las habilidades sociales son parte de la integración del individuo desde su nacimiento hasta su muerte, se forman desde el hogar y se desarrollan mediante la interacción con la escuela y la sociedad. Las habilidades sociales son herramientas que utilizamos en la vida cotidiana para relacionarse adecuadamente con los demás y para hacer frente a las situaciones estresantes que puedan presentarse. Según Caballo (1988), la habilidad social debe evaluarse dentro de un marco cultural particular, y los patrones de comunicación varían entre culturas y dentro de una misma cultura, y se espera que la conducta socialmente habilidosa produzca un reforzamiento positivo.

De una forma más simple, se puede decir que el término “habilidades” se refiere al conjunto de capacidades de acciones aprendidas y el término “sociales” las enmarca en un contexto interpersonal. Es decir, estas conductas son adquiridas mediante un aprendizaje vivencial, no son innatas y varían a lo largo del tiempo. Todas estas conductas que nosotros realizamos inconscientemente, están compuestas por multitud de pequeños pasos, cada uno de los cuales requiere de capacidades específicas. La conducta social adecuada es parcialmente dependiente del contexto cambiante y debe considerarse dentro de un marco cultural determinado.

Caballo (1988) define la conducta asertiva o socialmente habilidosa de la siguiente manera:

“La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando

esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

Según la OMS las habilidades sociales, son “aquellas aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo, que nos permiten enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria” (Mantilla, 2007).

A continuación se describirán brevemente las diez habilidades sociales que son indispensables para que los sujetos adquieran la capacidad de hacer frente al estrés y elegir estilos de vida saludables según la OMS (2004):

- a. Autoconocimiento: Es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, qué nos gusta o disgusta, cuáles son nuestros límites, y nuestros puntos fuertes/débiles.
- b. Empatía: Es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al sujeto a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.
- c. Comunicación asertiva: Es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.
- d. Relaciones interpersonales: Es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.
- e. Toma de decisiones: Es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y estudiando cuidadosamente las consecuencias que pueden acarrear las diferentes alternativas, tanto en la vida individual como ajena.

- f. Solución de problemas y conflictos: Habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
- g. Pensamiento creativo: Es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.
- h. Pensamiento crítico: Es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente de la forma más objetiva posible para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.
- i. Manejo de emociones y sentimientos: Es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles como ira, agresividad, etc.
- j. Manejo de tensiones y estrés: Es la habilidad de conocer qué provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran en nuestra salud.

3.3. Intervención y Prevención

Ya se ha dicho anteriormente que el síndrome de Burnout es una patología que implica diversas consecuencias y que esto se convierte en pérdidas y gastos elevados tanto para el individuo (consecuencias perjudiciales para su salud), como para la institución (absentismo, rotación, bajo rendimiento, etc.) y para la sociedad en general donde están incluidos. Por este motivo, prevenir, minimizar, reducir o eliminar el estrés es interés común de trabajadores y organizaciones.

Independientemente de las estrategias de afrontamiento y las diversas habilidades sociales que se han mencionado anteriormente, desarrollados individualmente por cada persona para eliminar o mitigar el estrés, existen formas sistemáticas y planificadas de intervención sobre el estrés que actúan sobre la prevención o el tratamiento del mismo.

A continuación se intentara realizar un abordaje preventivo integral, que abarque estrategias terapéuticas que incidan sobre las variables personales facilitadoras del síndrome de burnout y también se incorporaran estrategias organizacionales que refuercen y faciliten la prevención de dichas patologías laborales.

En el siguiente apartado vamos a desarrollar las distintas técnicas de intervención sobre burnout, divididas en dos niveles, en función de sus objetivos y nivel de actuación:

3.3.1. Clasificación de las intervenciones en función de sus objetivos

Para combatir el *Burnout* es crucial saber identificar el problema a tiempo, por lo que el diagnóstico oportuno del síndrome sería el primer objetivo. Una vez realizado, en función de los objetivos que se establecen para la intervención, se identifican tres tipos de estrategias para minimizarlo: intervención primaria, secundaria y terciaria (Schaufeli, 2005).

La intervención primaria es de índole general, pues va dirigida a todos los empleados; la secundaria es para las personas que presentan riesgo de presentar el síndrome; y la terciaria, para las que ya lo padecen. Por este motivo, algunos autores hablan de prevención cuando se refieren a la primaria y a la secundaria, y de tratamiento cuando se refieren a la terciaria.

3.3.1.1 Intervención primaria.

Tiene como finalidad reducir o eliminar el origen de estrés, adaptando el entorno laboral (físico y psicológico) al trabajador, desde una perspectiva proactiva. La efectividad de este tipo de intervención es que previene la aparición (o continuidad) de los estresores, sin embargo, hay que tener en consideración sus elevados costes y lo complicado de su implementación.

Schaufeli (1999), expone una aproximación a la intervención primaria sobre el estrés, que consta de seis pasos los cuales se describirán a continuación:

- Preparación e introducción.

Al comienzo de la intervención, es indicado realizar un acuerdo o contrato escrito entre las partes en el que se detallen aspectos como las responsabilidades de cada parte, el proceso a seguir, los recursos disponibles y las fases de la intervención. Es aconsejable crear un equipo de planificación con personal de la organización que se ocupará de coordinar la intervención. Un aspecto fundamental para conseguir la colaboración y el apoyo de los trabajadores es proporcionarles información sobre el proceso que se va a llevar a cabo.

- Identificación de problemas y evaluación de riesgos.

Antes de cualquier acción es imprescindible una evaluación o diagnóstico de los riesgos, tomando como punto de partida la información disponible en la organización.

En este sentido, conviene revisar los registros de ausentismo y bajas laborales y entrevistarse con personas clave, como el médico de la empresa, e involucrar a los trabajadores para que expresen los problemas que encuentran en su trabajo. A partir de esta información se identifican problemas de salud organizacional, y se establece si es necesario, o no, recabar más información.

- La detección temprana del estrés

Esta detección temprana se puede realizar a través del empleo de instrumentos de recogida de información adecuados, permite intervenir antes de que éste resulte un problema más grave. Con los datos obtenidos es aconsejable realizar un informe en el que se especifiquen los inconvenientes más serios y los estresores sobre los que actuar.

- Planificación de la intervención.

Una vez identificados los estresores, es conveniente establecer un orden de prioridad en la intervención. Para ello, Schaufeli propone una serie de aspectos a tener en cuenta, como la ley sobre prevención de riesgos vigente, la severidad de las consecuencias de los estresores y la capacidad de identificar y resolver los problemas. Además del orden de prioridades, han de estudiarse las distintas acciones que se pueden aplicar a cada problema concreto, teniendo en cuenta tanto sus ventajas como sus inconvenientes.

- Implantación y ejecución de intervenciones.

Ya decididos los programas de intervención y establecido el orden en que se realizarán, hay que ejecutar la intervención propiamente dicha. Debido al carácter complejo del *Burnout* y a sus múltiples causas, es conveniente aplicar intervenciones dirigidas tanto al entorno o puesto de trabajo, como al trabajador. Lo ideal es modificar el entorno, de forma que se reduzcan los estresores, o incluso no lleguen a aparecer (prevención). Sin embargo, esto no siempre es posible, de forma que, en ocasiones, la mejora de las habilidades de los trabajadores puede ayudar también a reducir el nivel de estrés de forma eficaz y en poco tiempo.

- Evaluación de las intervenciones.

El proceso no acaba una vez implantados los programas de intervención, sino que es fundamental su evaluación, no sólo para conocer su eficacia, sino también para modificar los posibles errores cometidos. Informar a los trabajadores de las consecuencias de la intervención puede aumentar su implicación y motivación con el programa.

3.3.1.2. Intervención secundaria.

Se trata de procesos dirigidos a minimizar las consecuencias del estrés sobre la salud de los trabajadores y se basa, principalmente, en programas de formación para potenciar

sus destrezas y mecanismos de afrontamiento. Dos de las ventajas de la intervención secundaria sobre la primaria son:

- Que puede ejecutarse de forma rápida y sin ocasionar demasiadas molestias en la realización del trabajo diario.
- Que se introduce en situaciones en las que es difícil modificar el estresor.

En relación a las limitaciones de la intervención secundaria se ha encontrado que, si bien puede reducir los niveles de estrés, su efecto puede desaparecer inmediatamente ya que sus causas no se han corregido.

En este sentido, diversos autores (Schaufeli, 2005) aconsejan implementar de forma conjunta programas de intervención primaria y secundaria de forma que sus efectos se complementen.

3.3.1.3. Intervención terciaria.

Estos programas se focalizan en el tratamiento del *Burnout* en los empleados mayormente afectados. Esta intervención es reactiva y su objetivo es minimizar las consecuencias negativas del síndrome mediante servicios de asesoramiento personal, internos o externos a la organización, (Schaufeli, 1999).

Contar con un grupo de asesores internos tiene la ventaja de que están familiarizados con la situación de la empresa, sin embargo, el trabajador puede sentirse más cómodo acudiendo a asesores externos no relacionados con la organización. En ambas situaciones, se debe garantizar la confidencialidad de los datos recogidos y tener especial cuidado en la información que se dará a la empresa para no perjudicar a los empleados afectados.

Otro punto importante del manejo terciario es facilitar la reincorporación al trabajo de aquellos empleados con baja laboral.

Dado que el simple regreso ya puede resultar estresante, es necesario comprobar (por ejemplo mediante una entrevista), que la persona está en condiciones de comenzar a trabajar, así como ofrecerle la ayuda que necesite.

3.3.2. Clasificación de las intervenciones en función del nivel de actuación

En relación al enfoque al que van dirigidas, las intervenciones realizadas se pueden dividir en estrategias en individuales y organizacionales.

Muchos autores afirman que la intervención más efectiva sería la que combinara ambas, pero la mayoría se realiza individualmente.

Se entiende que las exigencias laborales conducen al *Burnout*, y que este proceso está condicionado por los recursos personales (como el estilo de afrontamiento activo) y laborales (como el apoyo social o la autonomía), que pueden mitigar los efectos negativos de los estresores sobre el nivel de *Burnout*.

Cuando el objetivo de la intervención (es decir, identificación, prevención primaria, prevención secundaria y tratamiento), se combina con el foco de atención de la intervención (es decir, individuo u organización), el resultado es una matriz como la que se muestra en la figura, en ella, se presentan algunos ejemplos tanto de intervenciones individuales como de organizacionales.

Estrategias de intervención <i>Burnout</i>		
Objetivo/Foco	Estrategias individuales	Estrategias organizacionales
Diagnostico/Identificación	Auto-diagnóstico	Auditoria de salud psicosocial Comprobación de los niveles de <i>Burnout</i>
Intervención Primaria	Gestión del Tiempo Entrenamiento de habilidades sociales	Mejora del contenido del puesto Planificación temporal

Intervención Secundaria	Grupos de apoyo Tutorización y consulta	Programas de acogida a nuevos empleados Desarrollo organizacional
Intervención Terciaria/Tratamiento	Orientación Tratamiento psicoterapéutico	Institucionalización de servicios

Figura 10. Estrategias de intervención *Burnout* (Schaufeli, 1999, p. 67).

3.3.2.1 Técnicas de intervención individuales

Las intervenciones individuales se enfocan en incrementar los recursos personales del trabajador, por ejemplo, aplicar estrategias para afrontar activamente los problemas, formación para tener seguridad en uno mismo (Schaufeli, 1999).

Auto-diagnóstico: La acción misma de reconocer que el problema existe supone el primer paso para afrontarlo. La idea es centrarse expresamente en las señales y síntomas de angustia, para que la persona pueda ser consciente y reconozca que existe un problema.

Puede realizarse distintas formas, por ejemplo, llevando un diario del estrés (una especie de registro personal diario de los síntomas y de los hechos que se relacionan con ellos). No sólo ofrece información sobre la regularidad y el contexto de los síntomas concretos, también incluye pensamientos, sentimientos y maneras de afrontarlos.

Gestión del tiempo: Los empleados con riesgo de presentar *Burnout* generalmente sienten que no tienen el tiempo necesario para poder concluir su trabajo, por lo que han de enfrentarse contra la presión del tiempo.

Por esta razón, con esta estrategia se les enseña a saber gestionar su tiempo de forma efectiva, estableciendo plazos realistas para la consecución de sus tareas.

Entrenamiento en habilidades sociales: En casi todos los trabajos, las habilidades profesionales se consideran más importantes que las interpersonales, sin embargo, para los profesionales de la salud mental estas habilidades son de vital importancia, ya que además de trabajar con personas, han de realizar su trabajo en equipo. Una de las principales estrategias para reducir el Burnout es el entrenamiento en asertividad, donde se enseña cómo responder de forma sincera, atendiendo a lo que uno piensa y quiere. (Breso, et al., 2005).

Grupos de mejora: Consiste en formar equipos de trabajo conjunto, donde se enseña a trabajar de forma regular para que en ellos se intercambie información, se apoyen unos a otros emocionalmente y resuelvan conflictos laborales. Estos grupos tienen en común que proporcionan reconocimiento, confort, ayuda y compañerismo a cada uno de sus integrantes.

Tutorización y consulta: Son aquellas situaciones en que se da a los empleados ayuda por parte de personal calificado por parte de un colega con más experiencia, un jefe o un supervisor, para solucionar problemas laborales. Su objetivo es dar apoyo al desarrollo profesional.

La consulta se refiere a un hecho más o menos aislado (por ejemplo, cómo tratar a un paciente en específico), mientras que la tutorización se refiere a una serie de acontecimientos (por ejemplo, cómo tratar con pacientes agresivos).

Asesoramiento: Se refiere a la implementación de una estrategia activa que busca restaurar el control del empleado sobre su vida laboral, y le impulsa a responsabilizarse de nuevo de su propia conducta. Esta técnica consta de tres fases: en la primera de ellas, el sujeto debe entender y aceptar el problema, concienciándose de que sólo puede resolverse con su propio esfuerzo y dedicación.

En la segunda, se utilizan técnicas para describir y afrontar el problema (auto diagnóstico, gestión del tiempo, etc.). Y en la tercera y última, el sujeto se prepara para volver a su trabajo mediante una exposición sistemática. Este proceso está totalmente monitorizado por un profesional (médico, trabajador social, orientador, etc.).

Tratamiento psicoterapéutico: Por lo regular, tiene como base los principios de la terapia cognitivo-conductual, por lo que lo realizan los profesionales altamente especializados (psiquiatras, psicólogos clínicos...), y se centra, principalmente, en procedimientos de autocontrol.

El tratamiento se estructura en cuatro fases diferenciadas (Schaufeli 1996):

1. Reducción de los síntomas: Con la utilización de técnicas cognitivo-conductuales como activación gradual para el agotamiento, sesiones sobre preocupaciones, condicionamiento de los impulsos para la incapacidad de relajarse y control de estímulos para la irritabilidad.
2. Comprensión de la personalidad de uno mismo: Según la experiencia clínica, existen dos tipos de personalidad que presentan mayor vulnerabilidad a padecer *Burnout*: la narcisista y la obsesiva-compulsiva. En esta fase, el sujeto aprende a manejar su personalidad basándose en la experiencia anterior.

Estos tipos de personalidad se corresponden respectivamente con los prototipos del trabajador seguro de sí mismo, dominante y sociable, y con el trabajador aplicado, diligente y preciso. Mediante técnicas como la evaluación cognitiva, los empleados aprenden a gestionar mejor aquellos rasgos de su personalidad que son problemáticos y que han provocado inconvenientes en el pasado.
3. Afrontamiento del problema. Mediante el entrenamiento en habilidades dirigidas a reducir el estrés laboral, como por ejemplo a la hora de presidir una reunión o de hablar en público.

4. Adelantarse al futuro. El programa psicoterapéutico finaliza con una discusión sobre el papel del trabajo en la vida del empleado. La mayoría de las personas que sufren *Burnout* ha volcado todas sus energías en el trabajo, a expensas de su vida privada. Por tanto, deben encontrar un equilibrio entre lo que es trabajo y lo que no, entre su vida pública y privada.

En conclusión, podemos decir que el conjunto de estrategias que el individuo afectado de este síndrome puede utilizar para disminuirlo se resume en dos: Trabajar mejor en lugar de trabajar más y cuidarse a sí mismo.

Trabajar mejor en lugar de más: Quiere decir, hacer cambios que hagan que el trabajo se sienta menos estresante, más eficiente y más cómodo. Según Maslach la serie de estrategias que pueden ser útiles en este sentido son:

1.- Establecer objetivos realistas. Es común en las profesiones humanitarias la presencia de ideales elevados (la inseguridad, la pobreza etc.).

La mayoría de estas situaciones son imposibles de solucionar en la vida del individuo, por lo que si no se orientan los objetivos, cada día de trabajo estará destinado a ser un fracaso. Más que objetivos abstractos debemos procurar conseguir metas específicas, más factibles, debemos tener en cuenta nuestras capacidades y limitaciones.

2.- Hacer la misma cosa de manera distinta. Intentar huir de la rutina, siempre será útil; nos proporcionará mayor sentido de autonomía y libertad personal. Habrá cosas que no se puedan cambiar (de tipo institucional), pero otras sí (cambiar el horario de actividades, recibir a los pacientes más conflictivos a primera hora cuando se está más descansado, son algunos ejemplos).

3.- Hacer pensar. Proporciona la oportunidad de darse un respiro, de reflexionar, antes de dar una respuesta ante una situación delicada. La pausa del café a media mañana, puede ser útil para relajarse. Es importante evitar las prolongaciones de jornadas

gratuitas y frecuentes (a veces para seguir el ritmo de otros) que pueden contribuir al agotamiento y aversión a pacientes y colegas. En algunos trabajos se pueden hacer cambios de turno (menos estresante) por un tiempo limitado.

4.-Tomar las cosas con más distancia. El Burnout aumenta cuando el profesional se implica demasiado con la gente. Tomar una cierta distancia puede ayudar, procurar no llevarse trabajo a casa (ni en las manos, ni en la cabeza).

Cuidarse a sí mismo además de a los otros: Será imposible que ayudemos a los demás, sien primer lugar no nos cuidamos de nosotros mismos. Para ello podemos tener en cuenta alguna de estas estrategias.

1.- Acentuar los aspectos positivos. En las relaciones de ayuda, es frecuente la tendencia a los pensamientos negativos, focalizándose en los malos resultados, de modo que pasa inadvertido el lado bueno que pueda tener el trabajo, a través de los éxitos y gratificaciones.

Esta situación suele acentuarse porque los pacientes no suelen agradecer al cuidado que han recibido; creen que quien les ha ayudado a cumplido simplemente con su trabajo. Esta ausencia de refuerzo positivo que tanto necesita el profesional puede contribuir a la frustración (Flores 1994).

2.- Conocerse a sí mismo. Es importante tener capacidad de introspección, analizar nuestras propias reacciones y poder reflexionar sobre el porqué de tales reacciones. Este autoanálisis debe ser constructivo, no destructivo. Reconocer nuestros límites y aprender de nuestros errores, no significa victimizarse, sino por el contrario, un paso hacia el crecimiento personal.

Tener capacidad para relajarse mental y físicamente puede ser de granayuda, pero hay que recordar que la relajación para aliviar el estrés no debe quedarse solo en ello, sino que también hay que tratar de identificar y tratar la causa o causas del mismo.

3.- Establecer límites o fronteras. Es importante diferenciar lo que es el trabajo y lo que es el hogar. Aunque a veces no es fácil, hay que intentar establecer una frontera entre ambos ámbitos.

Mantener la vida privada. Es una consecuencia de los anteriores. Muchas personas alivian su carga de tensión con amigos o con un cónyuge comprensivo. Es importante tener aficiones que ocupen nuestro tiempo libre, pero ni el trabajo ha de invadir nuestro tiempo libre, ni un hobby debe ocupar nuestro tiempo de trabajo pues, es un signo o consecuencia del Burnout.

4.-Cambiar de trabajo. Como último recurso o alternativa para profesionales con Burnout se puede considerar esta decisión; en la práctica así sucede, y profesionales afectados por este síndrome acaban cambiando de trabajo, incluso de profesión. Si se cambia de trabajo, tiene que ser un auténtico cambio de actividad (Flores 1994).

3.3.2.2. Técnicas de intervención organizacionales

Aunque las técnicas individuales de afrontamiento del problema, son fundamentales y muy importantes en la mayoría de las situaciones, el desgaste laboral tiene su origen fuera de los individuos, en las estructuras organizativas del trabajo.

Por esta razón, la aportación de las técnicas organizativas son estrategias de acción directas muy eficaces.

Algunos elementos dentro de la institución pueden convertirse en estresores para los trabajadores. En general, la técnicas de intervención deben enfocarse a impactar en la organización a través del rediseño de los diversos elementos para contribuir a reducir o eliminar el desgaste laboral; en relación con este objetivo, no debe olvidarse comprobar si mejoran o, por el contrario, empeoran la situación, y más específicamente, puesto que toda intervención tiene siempre dos caras, evaluar qué factores mejoran y qué factores empeoran la situación laboral.

La satisfacción en el trabajo y el estrés ocupacional son el resultado de una interacción dinámica entre la persona que lleva a cabo ese trabajo y el entorno en que se desempeña. Se puede intentar cambiar las condiciones del puesto de trabajo. A veces es muy difícil pues las instituciones pueden ser muy conservadoras.

Lógicamente, con más personas y más medios se reduce el riesgo de llegar a quemarse, pero en la actualidad la crisis económica y restricciones presupuestarias, no lo permiten, y será conveniente analizar las formas de optimizar los recursos disponibles; para ello, pueden considerarse alguna de las siguientes estrategias:

División del trabajo. El trabajo en cadena, donde un profesional hace siempre lo mismo puede ser modificado, de forma que se realicen las tareas distintas de vez en cuando, aún en el mismo servicio.

Limitar la contaminación del tiempo libre. Se debe respetar el tiempo libre. Para los profesionales es más difícil ser objetivos y ecuanímes cuando están emotivamente implicados en la vida del paciente, además entran en juego expectativas distintas cuando en la relación entre un profesional y un paciente intervienen la amistad e incluso el amor.

La relación de los profesionales con sus superiores. Maslach asegura que los superiores juegan un papel muy importante de ayuda al profesional afectado de **Burn-out**.

Factores como el incremento de la autonomía en el trabajo, la flexibilidad del horario del trabajador y el incremento de la participación en la toma de decisiones inciden positivamente en distintos aspectos del desgaste profesional (Peiró, 1992).

Dentro de las condiciones ambientales tienen especial relevancia la implementación de los principios ergonómicos (seguridad, comodidad y salud) en los puestos de trabajo, y se considera que la introducción de niveles progresivos de autonomía, proporcionar

información de realimentación, definir con más precisión la tarea e incrementar la variedad de habilidades, benefician y ayudan a evitar el desgaste laboral.

La formación de grupos de trabajo con cierta autonomía, la flexibilización de los horarios y los turnos y la implantación de nuevas tecnologías también ayudan a mejorar la situación laboral.

Dunham (1990) propone que los programas de tratamiento y prevención del burnout deberían tener tres fases: educación (comprender mejor el burnout), ensayo y aplicación (dar información realista, detalles de los recursos disponibles y aplicar estrategias adecuadas) y realimentación/revisión (evaluar la eficacia de las técnicas aplicadas a la reducción del desgaste laboral).

3.3.3. Prevención del burnout, intervenciones relacionadas con el apoyo social

El apoyo social consiste en la interpretación e importancia que da el profesional de la salud en relación a si es apreciado, estimado y valorado por una red de relaciones próximas y seleccionadas de personas (jefes, colegas, familiares, amigos, directivos, etc.).

Los sistemas de apoyo social son redes de relaciones que se manifiestan como lazos duraderos interpersonales basados en la confianza mutua, en el intercambio de opiniones, compartiendo valores y ofreciéndose sostén emocional, asistencia y recursos en caso de necesidad.

Pines y Aronson (1988) sugieren que las funciones que cumple el apoyo social, en relación al burnout, son las siguientes:

- Escuchar: las personas necesitan ser activamente escuchadas para compartir la alegría del éxito o la tristeza del fracaso, sin que implique hacer juicios o dar consejos.

- Dar apoyo profesional: consiste en realizar valoraciones técnicas del trabajo que hacen las personas, que permite afirmar su propia competencia.
- Dar apoyo emocional: consiste en estar al lado de las personas, simplemente como seres humanos, sin necesidad de aportar ningún tipo de pericia técnica, especialmente en situaciones difíciles, o incluso, cuando no se esté de acuerdo con sus opiniones.
- Ofrecer reto profesional: significa tener personas (a quienes se reconoce autoridad) que sugieran nuevos retos en la profesión que pueden servir para cambiar las rutinas, y aunque puedan ser críticas para la persona, resultan positivas porque producen desarrollo y evitan el burnout.
- Ofrecer reto emocional: significa sugerir alternativas nuevas desde una perspectiva simplemente humana y lógica que ayuden a replantear las cosas o las percepciones.
- Compartir la realidad social: las personas que comparten los mismos puntos de vista, prioridades, valores pueden resultar muy útiles en los momentos de burnout para comprobar las referencias y apreciaciones sobre la realidad social.

La relevancia del apoyo social consiste en que permite afrontar mejor el burnout. Los sistemas de apoyo social actúan como variables mediadoras en los procesos de burnout, funcionando como amortiguadores para las personas en su medio social, reduciendo el efecto estresante y nocivo de las condiciones del entorno.

Varios estudios realizados certifican que el apoyo social está asociado con niveles más bajos de burnout, y la ausencia del apoyo social origina niveles más altos. Schwab, et al., (1984) encuentran que los tres factores de apoyo social mejores predictores del burnout son la falta de apoyo de los supervisores, de reafirmación del propio valor y de apoyo fiable en casos difíciles.

Capítulo 4: Propuestas y estrategias de intervención para el personal en formación del hospital general Dr. Donato G. Alarcón

Esta propuesta surge como consecuencia de que hay varias publicaciones sobre estrategias de intervención y afrontamiento del *Burnout*, las cuales suelen estar dispersas y poco desarrolladas, por lo que se propone implementar una estrategia (Curso para prevenir y afrontar el *Burnout*) para ayudar a prevenir y afrontar el síndrome de *Burnout*, que puede ser utilizada en el Hospital General de Renacimiento, Dr. Donato G. Alarcón.

El curso consiste en un conjunto de 10 sesiones grupales (las seis primeras, dirigidas a procesos individuales y las 4 restantes a procesos de interacción con el entorno) cuya duración es de dos horas por sesión, con una duración de dos semanas, con un total de 20 horas. Los objetivos de este curso de prevención y afrontamiento del *Burnout* son prevenir o disminuir el síndrome en el personal de salud, con la utilización del contenido de las sesiones grupales para que logren diferentes conocimientos y habilidades que ayuden a este propósito. Las sesiones que se presentan a continuación se estructuran en base a los tres niveles mencionados en este trabajo: el individual, el grupal y el organizacional, por lo que esta propuesta abarcará estos tres niveles.

4.1. Estrategias de nivel individual.

Sesión nº 1: El síndrome de *Burnout* en el personal de salud.

En esta sesión se analizará conceptualmente el síndrome de *Burnout*, explicando en qué consiste, sus características más generales, sus manifestaciones más evidentes y signos de alerta, sus síntomas y consecuencias y el porqué de este programa, mostrándoles la información de los elevados niveles de *Burnout* en el personal de salud.

Con el conocimiento del síndrome estarán preparados para reconocer fuentes de estrés o síntomas de éste. También se explicará de forma breve en qué consistirán las

diferentes sesiones y se responderá cualquier pregunta al respecto de lo comentado.

Además realizarán el MBI, que es el inventario específico para detectar el *Burnout* en los trabajadores.

Sesión nº 2: Manejo eficaz del tiempo

El entrenamiento para manejar el tiempo de manera eficaz tiene como objetivo que el personal de salud, aprendan a gestionar su tiempo de forma adecuada priorizando las actividades importantes que se deben realizar en horario disponible, aumentando la cantidad de tiempo disponible para atender las actividades prioritarias y reducir la percepción y frecuencia de las condiciones laborales de urgencia.

Para conseguir estos propósitos se darán estrategias como dejar siempre un tiempo para imprevistos, realizar planes diarios de tareas a cumplir, plantearse objetivos realistas, tener pequeños descansos en el trabajo para desconectar de este, tener tiempo libre para realizar alguna actividad placentera para cada uno, y evitar estímulos externos para que no hagan perder el tiempo.

Sesión nº 3: Relajación

El objetivo de las técnicas de relajación que realizaremos es reducir los niveles de tensión psicológica a través de la relajación física. Demostración de técnica de relajación, cuyo objetivo es relajarse en un espacio de tiempo muy limitado y en una situación natural. Por lo que esta técnica será de mayor utilidad cuando tratamos de controlar los síntomas del síndrome de *Burnout* en un momento de estrés y ansiedad concretos.

Sesión nº 4: Solución de problemas

Con la técnica de solución de problemas se pretende ayudar a las personas en la toma de decisiones ante sus problemas habituales consistiendo en la identificación del

problema, el análisis de alternativas posibles, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones sobre la solución más adecuada.

Se realizará con problemas reales que los trabajadores pueden encontrar en el día a día en su puesto de trabajo.

Sesión nº 5: Ejercicio físico

El ejercicio físico es beneficioso para la salud en general y para el estrés en particular. El objetivo es explicar al personal que a través del ejercicio físico se puede obtener una mejor respuesta ante los estresores.

En esta sesión se explicará el beneficio de realizar ejercicio físico en forma continua y regularmente, se indicarán los ejercicios físicos más beneficiosos contra el estrés y *Burnout*, que son los de tipo aeróbico, así como la manera de realizarlos, respondiendo dudas que puedan surgir sobre las actividades físicas indicadas.

4.2. Estrategias de nivel grupal

Sesión nº 6: Pautas para mejorar el ambiente del centro.

El objetivo de esta sesión es que el personal de salud, aprendan a llevar mejor el trabajo en el centro. Para ello se darán estrategias para conseguir un ambiente de trabajo sano, describiendo el rol del personal con sus obligaciones y derechos, para conocerlo bien y eliminar el malestar y estrés que provoca la ambigüedad sobre estos términos y se explicará la manera adecuada de llevar a cabo la carga lectiva y laboral de manera que no nos sobrepase dando ciertas pautas.

Sesión nº 7: Asertividad.

En esta sesión se abordará el tema de la asertividad explicando en qué consiste este término: la asertividad positiva y negativa y los comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. Se explicarán diversas técnicas de asertividad (como la del disco rayado) para

por último realizar un role- *playing* de una situación que se puede dar en el colegio para aplicar lo aprendido en la sesión.

Sesión nº 8: La comunicación.

El objetivo de esta sesión es mejorar las habilidades de comunicación básicas para poder aplicarlas en situaciones interpersonales conflictivas que pueden presentarse en el centro de trabajo. Para ello se explicarán los componentes básicos del proceso de comunicación.

Se trabajará la comunicación verbal y la no verbal, la postura, la distancia y sus tipos en una conversación, la mirada, la expresión facial, los gestos, el volumen y entonación del habla y la fluidez.

4.3. Estrategias a nivel organizacional

Sesión nº 9: Estrategias dirigidas a la organización.

El objetivo de esta sesión es mostrar como desde la organización se pueden tomar ciertas medidas para la prevención y afrontamiento del síndrome de *Burnout* y que puedan ser aplicadas.

Para contribuir a la prevención y afrontamiento del *Burnout* desde la organización se debe informar sobre el síndrome de *Burnout* al personal de salud que forman parte del centro de manera que conozcan cómo prevenirlo y detectarlo y afrontarlo en caso de padecerlo, otro aspecto importante es aumentar la participación del personal de salud para fomentar redes de apoyo entre los compañeros, ocio y desarrollo personal y profesional.

La mejor manera de abordar estas estrategias es que desde la organización se realice una dirección participativa donde se escuchen las propuestas y demandas de parte del personal de salud.

Sesión nº 10: Recomendaciones.

En esta última sesión se indicará lo adecuado de seguir realizando las técnicas aprendidas a lo largo del programa, a la vez que se explicarán otras estrategias mostrando los beneficios que se conseguirán siguiéndolas, algunas de ellas son realizar actividades placenteras en el tiempo libre, el mantener unos correctos hábitos de sueño, alimentación. Después de esto se les pedirá que unos meses después realicen de nuevo el MBI (Martínez, 2015).

4.4. Propuestas de afrontamiento del síndrome de Burnout

Aunque el objetivo principal de los programas de intervención relacionados a burnout se basan en conseguir una mejor estrategia de afrontamiento que minimice los daños y facilite un mayor bienestar a la persona, este objetivo fundamental se puede diferenciar en una serie de objetivos específicos, relacionados a técnicas y estrategias concretas.

Dichos objetivos podrían cumplirse con un programa de intervención, cuya metodología de trabajo sea grupal e individual, y que debería contemplar como fundamentales los siguientes aspectos:

1. Hacer conscientes a los médicos residentes que el burnout es un asunto que necesita ser considerado seriamente y que es posible hacer algo para mitigarlos.

Propuestas:

Evidenciar el estilo de vida y los factores saludables o insanos tales como dieta, ejercicio físico, sueño, descanso, abuso de drogas (tabaco, alcohol, cafeína, etc.).

Hacer consciente al médico residente que el estrés y el burnout afectan a la mente, al cuerpo y a los sentimientos de la persona.

Analizar las respuestas somáticas, mentales y emocionales al burnout.

Realizar propuestas de cambio de los aspectos insanos del estilo de vida.

2. Hacer consciente de que cada individuo puede verse afectado de manera diferente y reacciona con diferentes síntomas y respuestas a las mismas situaciones.

Propuestas:

Conocer y definir las principales causas de burnout en su área de trabajo.

Demostrar y comparar los signos personales (respuestas y consecuencias) del desgaste en cada médico residente.

3. Hacer conscientes a los médicos residentes de sus propias estrategias de afrontamiento y su eficacia respecto al burnout.

Propuestas:

Discutir y practicar las estrategias de afrontamiento personales que producen un incremento o un descenso del burnout (ideas irracionales, auto instrucciones, detención de pensamiento, terapia racional emotiva).

Identificar los rasgos de la conducta personal e interpersonal que afectan al burnout (apoyo social, habilidades sociales, autoestima, personalidad dura, asertividad).

Ejercitar y practicar técnicas concretas fisiológicas (respiración, relajación, meditación).

4. Identificar las características del hospital que son necesarios cambiar, prevenir o reducir el desgaste laboral en cada uno de sus niveles de organización.

Propuestas:

Realizar propuestas de mejora para los aspectos específicos de la organización hospitalaria que faciliten poder conseguir de forma más eficaz estos cambios.

Realizar otras estrategias alternativas en caso que un aspecto no pueda ser modificado.

Sugerir estrategias y formas de distribución de las actividades hospitalarias que sirvan para ayudar a compañeros afectados por el burnout en el trabajo.

5. Mejorar la interacción existente entre cada médico residente con los demás compañeros residentes de otras áreas, sobre todo en las situaciones de más extrema

presión para los mismos, como por ejemplo podría ser tener un código obstétrico en el área de Urgencias.

Propuesta:

Mantener con algunas personas una relación personal y amigable para poder discutir sentimientos, ansiedades o problemas.

6. Reunirse en grupos de trabajo para comparar y autoanalizar las distintas situaciones, para escuchar los distintos puntos de vista y eliminar sentimientos que pueden contribuir a bloquear las situaciones de desgaste o hacerlas más difíciles.

Propuesta:

Organizar salidas sociales en el trabajo, como realizar grupos de apoyo y poder tratar las dificultades de trabajo y comentarlas desde varios puntos de vista.

7. Saber manejar de forma adecuada los sentimientos propios identificando correctamente las emociones y así poder mantener la calma en medio de las situaciones difíciles; debe favorecerse la verbalización de las emociones para su autoconciencia y un control más fácil de las mismas.

Propuestas:

Reconocer que se es responsable de uno mismo y se cuenta con las habilidades necesarias para afrontar el desgaste laboral.

Poder identificar situaciones específicas que causan estrés, frustración y burnout para compartirlos con los demás y facilitar los procesos de afrontamiento.

8. Proveer de los medios adecuados para favorecer el crecimiento profesional y personal en el trabajo así como la posibilidad de mejorar nuestras actitudes y técnicas de desempeño laboral.

Propuestas:

Modificar las propias actitudes e ideas negativas sobre el trabajo y desarrollar otras que hagan más agradable y positivo el trabajo.

Realizar talleres para mejorar estrategias de afrontamiento o manejo de estrés dentro del área hospitalaria.

9. Buscar gratificaciones en el trabajo (intrínsecas); esto debe ser una retroalimentación recibida de uno mismo, de los compañeros, los profesores, y autoridades del hospital.

Propuestas:

Promover una forma de pensamiento positiva, de participación y cooperación en equipo.

Promover el reconocimiento de logros individuales y grupales.

Tener una vida intensa y plena fuera del trabajo.

10. Desarrollar en los médicos residentes un sentido de realismo sobre su trabajo, que les permita, a la vez, proponerse metas alcanzables y no olvidar la existencia de posibles fracasos relativos, que siempre existen durante el proceso de aprendizaje.

Propuesta:

Ver las situaciones como algo pasajero, siendo importante estar en ellas y afrontarlas con ánimo, enfocadas en las metas que desean alcanzar.

Que el médico residente se plantee sus metas a corto, mediano y largo plazo, para que no pierda de vista su objetivo.

12. incluir dentro de sus rutinas actividades físicas en la medida de lo posible para mantener un cuerpo saludable que sea más resistente para reducir la incidencia al desgaste y afrontarlo más eficazmente.

Propuesta:

Implicarse en salidas de escape de tipo físico como deportes, actividades de entretenimiento, juegos, etc.

4.5 Aplicación de técnicas Cognitivo Conductual para facilitar el manejo del Síndrome de Burnout.

Este tema tiene como finalidad, conocer y saber aplicar las técnicas cognitivo conductuales que existen, y que pueden servir de apoyo para que el médico residente cuente con herramientas adecuadas que le faciliten el manejo y disminución del Síndrome de Burnout.

Desde este punto de vista, la terapia cognitivo conductual es el enfoque terapéutico más adecuado para el manejo del estrés y el síndrome de burnout. Son muchos los teóricos, tales como, A. Beck, Sparrow, Olivares, D. Meichenbaum, entre otros, que han realizado importantes aportaciones a la terapia, sin embargo, para Méndez, Olivares y Moreno, la teoría cognitivo-conductual destaca la visión de que las irracionalidades y desadaptaciones de los pensamientos humanos son los principales impulsores de las falsas interpretaciones del entorno (Méndez, et al., 1998).

Sánchez, Rosa y Olivares (1999), establecen la división de las técnicas utilizadas en la terapia-cognitivo conductual propuesta originalmente por Mahoney y Arnoff en la década de los años 1970, en las que se presentan tres grandes grupos:

1. Las técnicas que se concentran en fundar nuevas habilidades a la hora de enfrentar y manejar las dificultades presentes.
- 2 Las terapias que buscan apoyar al sujeto a percibir racional y objetivamente su realidad.
3. Las centradas en cambiar la manera de afrontar las realidades para las que el sujeto cree no tener posibilidad de solución.

Para Sparrow la técnica cognitivo conductual es un modelo de intervención que opera sobre las conductas, los pensamientos y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente (López, 2012).

La intervención se realiza principalmente en dos niveles: *cognitivo* (qué piensa la persona de la situación estresante, cómo la interpreta, sus experiencias anteriores) y *conductual* (comportamiento en la situación estresante). El control del estrés con estas técnicas cognitivo conductuales se caracterizan por la enseñanza de habilidades específicas (relajación y asertividad, entre otras) y el análisis de la situación estresante para adecuar las técnicas a la condición particular del individuo; además, considera la adquisición de habilidades para enfrentar otras circunstancias futuras de estrés. Es decir, lograr una vacunación emocional contra el estrés (Meichenbaum, 2009).

A continuación mencionaremos algunas de las técnicas que se pueden utilizar.

4.5.1 Técnicas de Relajación

Las técnicas de relajación son una gran manera de ayudar a controlar el estrés. La relajación no se trata solo de tranquilidad o de disfrutar de un pasatiempo. Es un proceso que disminuye los efectos del estrés en tu mente y cuerpo, es una técnica de reducción de la activación fisiológica que ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de los trastornos de estrés y otros desórdenes emocionales.

La relajación es considerada como una forma de afrontamiento que se basa en la emoción, la cual tiene como finalidad lograr la reducción del estrés (Lazarus, 1984).

Aunque mediante la relajación reducimos la respuesta del sistema cognitivo-subjetivo, fisiológico y conductual-motor, su eficacia se centra especialmente en la reducción del nivel de activación fisiológica. Sí hay que tener en cuenta que ésta, ayudará a controlar mejor la actividad cognitiva, a disminuir el malestar y a enfrentarse con las situaciones amenazantes en lugar de evitarlas

De acuerdo a García (2014) una técnica de relajación es cualquier método, procedimiento o actividad que ayudan a una persona a reducir su tensión física y/o mental.

Generalmente permiten que el individuo alcance un mayor nivel de calma reduciendo sus niveles de estrés, ansiedad o ira.

De acuerdo a Pulido (2004) las técnicas de relajación formales definen una jerarquía en términos de las habilidades de enfoque, pasividad y receptividad que requiere cada una, quedando la jerarquía de la siguiente manera:

- Relajación Muscular Progresiva.
- Técnicas respiratorias.
- Técnicas de enfoque Somático: iniciación.
- Enfoque Somático: avanzado (Entrenamiento Autógeno).
- Imaginería o Visualización Creativa.
- Contemplación.

4.5.1.1. Relajación Progresiva

Uno de los procedimientos de relajación más frecuentemente es la técnica, ya clásica, de la relajación muscular progresiva, desarrollada por el médico estadounidense Edmund Jacobson (1938).

Esta técnica consiste en aprender a disminuir la tensión muscular realizando ejercicios de tensión, poco intensos y breves y de relajación, más largos. Debemos centrarnos en las sensaciones que producen ambos pasos para adquirir las habilidades necesarias que nos permitirán identificar la tensión y eliminarla.

Jacobson puso de manifiesto en su laboratorio de fisiología de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones

musculares provocando una tranquilidad mental al suprimir progresivamente todas las tensiones musculares. (Montserrat A. 2015)

Fases de la relajación de Jacobson

Este método sigue tres fases y, durante su realización, es importante emplear la técnica de respiración diafragmática, inspirando lentamente, llevando el aire hasta el vientre, y espirando también lentamente.

Hemos de partir de una postura cómoda y correcta, como estar sentado en una silla, con la espalda recta, los hombros relajados y evitando posturas forzadas del cuello, que debe permitir una alineación de la columna con la cabeza.

Es útil imaginar que tenemos un hilo en la parte superior de la cabeza, que nos tira suavemente de ella, no dejándola caer hacia adelante, hacia atrás, ni hacia los lados. Asegurémonos de que no tenemos las piernas cruzadas y de que los pies reposan bien en el suelo. La realización de estos ejercicios no debe producir ningún dolor ni malestar. Si así fuera, no continúe con su práctica y consulte con su médico si los problemas persisten.

Primera fase: de tensión-relajación

Consiste en tensionar y relajar diferentes músculos, sosteniendo unos 10-15 segundos tanto la tensión como la relajación. En este ejemplo nos centraremos en cuatro grupos musculares (cabeza, tronco, brazos y piernas):

1. Rostro

Frente: fruncir el ceño fuertemente y, luego, relajarlo lentamente.

Ojos: cerrarlos, apretándolos y notando la tensión en los párpados y, luego, aflojar.

Labios y mandíbula: apretar labios y muelas y relajar, dejando la boca entreabierta, separando los dientes y dejando la lengua floja.

2. Cuello y hombros

Cuello: bajar la cabeza hacia el pecho, notando la tensión en la parte posterior del cuello. Relajar volviendo la cabeza a la posición inicial, alineada con la columna.

Hombros: inclinar ligeramente la espalda hacia adelante llevando los codos hacia atrás, notando la tensión en la espalda. Destensar retornando la espalda a su posición original y reposando los brazos en las piernas.

Brazos y manos: con los brazos en reposo sobre las piernas, apretar los puños, notando la tensión en brazos, antebrazos y manos. Para destensar, abrir los puños y reposar los dedos en las piernas.

3. Abdomen

Tensor los músculos abdominales, “metiendo barriga” y luego, relajarlos.

4. Piernas

Estirar una pierna levantando el pie y llevándolo hacia arriba y los dedos hacia atrás, notando la tensión en toda la pierna: trasero, muslo, rodilla, pantorrilla y pie. Relajar lentamente, volviendo los dedos hacia adelante y bajando la pierna hasta reposar la planta del pie en el suelo. Repetir con la otra pierna.

Segunda fase

Consiste en repasar mentalmente todos los grupos musculares y comprobar si realmente están relajados y, si es posible, relajarlos aún más.

Tercera fase: relajación mental

En la tercera fase se centrará la consciencia en el estado de calma. Puede ser de ayuda visualizar una escena agradable que abarque diferentes sensaciones. Un buen ejemplo es visualizarse tumbado en una playa (evocar los colores, el sonido de las olas, el tacto de la arena, el olor a mar, el calor del sol, la brisa en la piel. (Prado 2005)

Como se menciona en el trabajo de Dolores sobre estrategias y técnicas de relajación utilizadas para la disminución de la ansiedad y el estrés en pacientes, la técnica de

relajación muscular progresiva es una técnica adaptativa de afrontamiento que tiene como finalidad disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente. (Dolores 2015)

Después de haber finalizado la tercera etapa, se debe permanecer tumbado durante unos minutos sin efectuar ningún movimiento importante, después abrir lentamente la conciencia a los sonidos de la habitación y a la sensación del cuerpo, presionando hacia abajo y empezar a levantarse lentamente, sin ningún movimiento brusco repentino. En cuanto a los preparativos para lograr la relajación Moreno (2005) nos menciona 6 puntos los cuales son:

- Evitar el consumo de cafeína y otros excitantes: El café, las bebidas de cola, son algunos productos de consumo habitual que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar estados de ansiedad.
- Evitar dormir poco: Dormir menos de lo habitual favorece la aparición de estados de irritación, nerviosismo y estrés.
- Evitar el sedentarismo: La práctica moderada de ejercicio físico tiene un efecto beneficioso sobre los niveles de estrés y ayuda a controlar las reacciones ansiosas.
- No auto medicarse: Si se padece algún trastorno por ansiedad y se necesita medicación, no tomar cualquier producto sin antes consultar con el médico.
- Revisar la distribución del tiempo: La vida no es sólo trabajar. Procurar establecer un reparto equilibrado del tiempo entre el trabajo, la familia, los amigos y aficiones, dejando el tiempo suficiente para dormir..
- Eliminar el consumo de drogas: Determinadas drogas como las anfetaminas, la cocaína y otros estimulantes producen un deterioro importante de la calidad de vida personal y familiar, además de provocar estados de ansiedad con una gran

facilidad. (Moreno, 2005).

De acuerdo a Prado (2005) la relajación progresiva ha demostrado excelentes resultados para combatir entre otros:

- La tensión muscular y la fatiga.
- El dolor de cuello y espalda.
- Los espasmos musculares y la irritación de colón.
- La hipertensión sanguínea y la prevención del infarto.
- La ansiedad, la depresión y las fobias moderadas.
- El tartamudeo. (Prado 2005)

4.5.1.2. Relajación Autógena

El entrenamiento en relajación no es una tarea complicada, se puede llevar a cabo en casa, mediante la grabación de una sesión o mediante cualquier versión de relajación muscular progresiva que se pueda encontrar en el mercado.

Esta técnica fue implementada por Schultz en 1931 dicho método se basa en el supuesto de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. (Montserrat 2015)

Este método de entrenamiento en relajación es una técnica que tiene como finalidad los mismos beneficios que la hipnosis, pero siendo un proceso auto inducido, además de estar conscientes durante todo el proceso. (Reigal y Videra 2011)

Utilizando una forma reducida del mismo dadas las exigencias del ambiente hospitalario, utilizando únicamente 7 minutos para llevarla a cabo. Se le enseña al paciente lo que tiene que hacer, siguiendo la secuencia peso, calor, frecuencia cardiaca, respiratoria, plexo abdominal y frescor en frente.

Hay que tener en cuenta que para relajarse, es especialmente relevante lo que estamos pensando, de manera que no podemos estar haciendo relajación y al mismo tiempo estar pensando en las tareas que vamos a hacer después o en los problemas que nos preocupan.

Si lo hacemos, lo que estamos consiguiendo por un lado con la relajación, lo estamos perdiendo por el otro comenzando de nuevo con la activación.

El esquema es el siguiente:

- Imaginar brazos y piernas pesadas (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Pensar que sus brazos y piernas tienen una temperatura elevada (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Pensar que el corazón late aceleradamente (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Pensar que la respiración es suave y relajada (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Pensar que la zona abdominal tiene una temperatura elevada y agradable (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Pensar que la frente experimentaba un frescor agradable (30 segundos).
- Relajarse pensando que están tranquilos (15 segundos).
- Elevar los brazos (15 segundos).
- Respirar profundamente (15 segundos).
- Abrir los ojos.

Es conveniente que se practique todos los días, durante unos tres meses al menos.

Cuanto más tiempo se le dedique a la relajación, mejores serán los resultados.

4.5.2. Técnica de Restructuración Cognitiva

Se basa en la modificación de la actividad de nuestro sistema de procesamiento de información, en aquellos aspectos que podemos hacerlo voluntariamente; por ejemplo, cambiar el foco o tema de nuestra atención.

No es lo mismo dejarse llevar por las preocupaciones poco racionales como estar dándole vueltas a un problema continuamente, que intentar pensar fríamente.

La Técnica de restructuración Cognitiva es un método de intervención que se puede utilizar en terapia cognitiva que tiene como propósito dar al sujeto estrategias adecuadas que mejoren sus recursos de afrontamiento a la hora de hacer su vida más llevadera frente a conflictos o problemas que le pudieran surgir, en esta se llevan a cabo diversos métodos para adaptar los pensamientos negativos del individuo e introducir otros pensamientos más positivos. (Meinchenbaum 2009)

Esta técnica se basa en que la persona, con la ayuda inicial del terapeuta, identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o elimine así la perturbación emocional y/o conductual causada por los primeros.

No es lo mismo estar pensando o imaginando una escena emocional como puede ser la amenaza de suspender un examen, que imaginar una escena relajante como un paseo por la playa o por la montaña.

En la Restructuración Cognitiva los pensamientos son considerados como hipótesis en donde se trabaja para recoger datos que determinen si dichas hipótesis son correctas o útiles.

En vez de decir a los pacientes cuáles son los pensamientos alternativos válidos, el terapeuta formula una serie de preguntas y diseña experimentos conductuales para

que los pacientes evalúen y sometan a prueba sus pensamientos negativos y lleguen a una conclusión sobre la validez o utilidad de los mismos (Bados y García 2011).

(Bados y García 2010) mencionan que la Restructuración Cognitiva se basa en ciertos presupuestos teóricos:

1. El modo en que las personas estructuran cognitivamente sus experiencias ejerce una influencia fundamental en cómo se sienten y actúan y en las reacciones físicas que tienen. En otras palabras, nuestra reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos, de las atribuciones que hacemos y de las expectativas que tenemos.
2. Se pueden identificar las cogniciones de las personas a través de métodos como la entrevista, cuestionarios y auto registros. Muchas de estas cogniciones son conscientes y otras son preconscientes, pero la persona es capaz de conseguir acceder a las mismas.
3. Es posible modificar las cogniciones de las personas, lo cual puede ser empleado para lograr cambios terapéuticos.

Puesto que estos tipos de estrategias pueden ayudar a disminuir la activación de diferentes respuestas fisiológicas, lo ideal será utilizar técnicas de los tres tipos (muscular, respiratoria e imaginación), con el fin de sumar un mayor número de respuestas o funciones que puedan beneficiarse de esa disminución de actividad.

4.5.2.1. Cuestionamiento de las cogniciones desadaptativas

Algunas personas hacen atribuciones no adaptativas: se culpan a sí mismas por sus problemas y piensan que hay algo mal en ellas; se ven como incompetentes. Esto lleva a sentirse mal y a no intentar resolver el problema, un problema puede enfocarse como una amenaza significativa al propio bienestar (físico, emocional, social, económico,

autoestima), lo cual facilita las respuestas de ansiedad y evitación. O bien como un desafío u oportunidad para aprender algo nuevo, cambiar para mejor o sentirse mejor con uno mismo. En este sentido, el fracaso no es visto como una catástrofe, sino como una experiencia de aprendizaje que requiere medidas correctoras. En consecuencia, es mejor afrontar un problema y fracasar que no intentar resolverlo.

Bados y García (2010) mencionan que las cogniciones negativas significativas pueden ser cuestionadas de dos modos básicos:

- Verbalmente: mediante el análisis lógico y la consideración de la información basada en las propias experiencias previas y/o en las de otros.
- Conductualmente: buscando datos obtenidos a partir de pruebas o experimentos realizados a propósito. Por ejemplo, una persona que piensa que si se pone roja, queda en ridículo y la gente se ríe internamente de ella, puede preguntar a amigos y conocidos cómo reaccionarían ante alguien que se sonroja en público.

4.5.2.2. Cuestionamiento verbal de las cogniciones desadaptativas

Pone en tela de juicio ciertos pensamientos o creencias, los cuales terminan por someterse a prueba en escenarios reales. Las conclusiones extraídas del cuestionamiento de la conducta, pueden necesitar un nuevo planteamiento verbal. Para poder reestructurar verbal o conductualmente un pensamiento de forma eficaz, es importante que este pensamiento sea definido en términos específicos o concretos. Por ejemplo, “me pondré a chillar y a decir cosas sin sentido” versus “perderé el control” (perder el control puede hacer referencia a aspectos conductuales, mentales o emocionales).

Pueden distinguirse de entrada dos estrategias principales (Bados y García 2011):

- Información directa contraria a los pensamientos inadecuados del cliente. El terapeuta proporciona, verbalmente y/o por escrito:
 - a) información de aspectos sobre los que el cliente no tiene ningún

conocimiento

b) información dirigida a corregir ideas erróneas.

Así, puede presentar pruebas y contraargumentos, rebatir errores lógicos y datos engañosos, y señalar las consecuencias negativas de ciertos comportamientos.

- Diálogo socrático. El terapeuta cuestiona los pensamientos del cliente mediante preguntas para que así este tenga que reconsiderarlos. Además, el terapeuta le guía en la evaluación crítica de sus pensamientos. Preguntas útiles para desarrollar pensamientos son: ¿qué quiere usted decir con (perder el control, quedar mal)?, ¿en qué consiste (perder el control, quedar mal)?, ¿qué pasaría si (perdiera el control, quedara mal)?, ¿qué es lo peor que cree que podría suceder (si perdiera el control, quedara mal)?, ¿qué piensa que podría ocurrir si no hiciera tal cosa?

4.5.3 Técnica de Imaginería

La imaginería mental es un término que hace referencia a las representaciones mentales que dan la experiencia de percepción sin la presencia de un estímulo sensorial externo, por lo cual podemos considerarlo un fenómeno subjetivo (Guerra, 2005), cuando hablamos de la técnica de Imaginería consiste en imaginar situaciones que deseas vivir y proyectar al futuro para vivir mejor el presente. Se trata de pensar en imágenes de manera clara y nítida, viéndote a ti mismo experimentando esas situaciones y sensaciones deseadas.

La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo, así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento. Puede usarse para aliviar la tensión muscular, como técnica de concentración para controlar y eliminar el dolor, para potenciar el éxito de muchas

técnicas cognitivas, para mejorar la memoria, desarrollar la confianza en uno mismo y aumentar la actitud positiva, entre otras bondades. No es otra cosa que aprender a relajarse e imaginar vívidamente diferentes cosas o situaciones de la forma más realista posible y aportando todos los detalles que podamos incluir, a la vez que generamos el control de nuestras emociones, sensaciones, comportamientos.

La Exposición en imaginación consiste, en que el paciente entre en contacto con aquello que le produce ansiedad y se mantenga sin hacer conductas de evitación y / o escape por un lapso lo suficientemente largo como para que el malestar haya desaparecido o se haya reducido por debajo de su pico máximo (Alamoc 2012).

Esta acción deberá repetirse hasta que el malestar emocional haya desaparecido por completo o llegue a su mínima expresión.

De acuerdo a Bados y Garcia (2011) existen diferentes tipos de exposiciones en imaginación que podrían clasificarse en tres grandes grupos:

Exposición muy breve. Cada escena se imagina alrededor de 60 segundos si la persona no experimenta ansiedad. En caso contrario, se le pide que ponga fin a la escena y practique una respuesta inhibitoria de ansiedad (normalmente la relajación); una vez que la persona se ha tranquilizado, vuelve a presentarse la escena.

Exposición breve. Cada escena se imagina hasta que la persona consigue reducir significativamente su ansiedad mediante la aplicación de estrategias de afrontamiento hasta que transcurren 10 minutos como máximo. Se emplea una jerarquía bastante graduada.

Exposición prolongada. Cada escena se imagina hasta que la ansiedad se reduce significativamente, lo cual puede llevar entre 25 y 120 minutos según se emplee o no una jerarquía y de la graduación de esta. Pueden emplearse o no estrategias.

4.5.4. Solución de Problemas

A través del entrenamiento en solución de problemas las personas aprenden a reconocer sus problemas, a buscar las soluciones más adecuadas a los mismos y a llevar a la práctica la mejor solución para resolver su situación, muchas veces lo realmente problemático no es la situación en sí misma; sino lo que nos genera el malestar es el no poder (*o saber*) responder de la forma más adecuada y eficaz.

Podemos distinguir tres estilos diferentes de resolver los problemas; en función de cómo se realizan las diferentes fases del proceso de solución de problemas:

El estilo impulsivo o descuidado; se caracteriza por la aplicación de las habilidades de solución de problemas de una manera rígida, impulsiva, descuidada, rápida e incompleta. Suelen considerar pocas soluciones alternativas y actuar de forma impulsiva de acuerdo a la primera idea que se les viene a la cabeza.

El estilo de evitación se caracteriza por la pasividad o inactividad y la dependencia. Las personas que evitan las situaciones difíciles, prefieren posponer sus problemas tanto como les es posible; esperan que los problemas se resuelvan solos y tratan de conseguir que otras personas se hagan cargo de ellos.

El estilo racional, consiste en la aplicación racional, controlada y sistemática de las habilidades de solución de problemas (*definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones e implementación*). Este estilo es el que está asociado con mejores resultados, siendo los otros dos claramente disfuncionales (Becoña, 1996).

De acuerdo a Gavino (1997) el entrenamiento en solución de problemas es un método que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intrapersonales e interpersonales.

En cuanto a las técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas Gavino menciona (citado en Alamoc, 2012) el entrenamiento en cinco pasos:

1. Entrenamiento en orientación al problema: La intervención está determinada por nuestras creencias y percepciones con respecto a la situación; ya que son nuestros pensamientos los que influyen en nuestra comprensión y reacción ante las situaciones estresantes, una orientación positiva al problema nos induce a enfrentarnos a él, mientras que una orientación negativa nos prepara para evitarlo.
2. Entrenamiento en la definición y formulación del problema: Una vez que reconocemos la existencia de los problemas, tendremos que definir claramente cada uno de ellos. Se trata de describirlos con detalle, en términos específicos y concretos, utilizando solo los hechos objetivos, sin basarnos en nuestras opiniones o creencias. En resumen, hay que intentar determinar quién, qué, dónde, cuándo, por qué y el cómo de cada problema.
3. Generación de soluciones alternativas: El objetivo es que la persona encuentre una gama amplia de respuestas para su problema; guiadas por una serie de reglas, para llegar a buen término: Principio de aplazamiento del juicio: la crítica se prohíbe, principio de la variedad: se dará rienda suelta a la imaginación, generando así la mayor variedad de opciones posibles y principio de la cantidad: entre mayor sea la cantidad de opciones que se manejen mejor, de entre ellas siempre se obtendrán una serie importante de opciones que sean viables.
4. Identificación y valoración en la toma de decisiones: De entre todas las posibles soluciones generadas en la fase anterior seleccionaremos la mejor alternativa; aquella que consideremos como la más adecuada, útil y eficaz para ponerla en práctica y resolver nuestro problema. Esta decisión se tomará teniendo en cuenta: el valor de la alternativa (¿Conseguiré mi objetivo?, ¿necesito más información antes de pasar a ponerla en práctica?); las consecuencias personales de esa solución (tiempo, esfuerzo, coste emocional, congruencia con nuestros valores...);

las sociales (efectos sobre la familia, amigos, compañeros de trabajo, vecinos); y las económicas; los resultados a corto y largo plazo; la maximización de los beneficios y la minimización de los costes.

5. Ejecución de la solución y verificación: El objetivo es poner en práctica la alternativa que se ha escogido, y evaluar su efectividad. En esta evaluación hay que tener en cuenta tres aspectos, cómo ha sido la ejecución, hacer una auto-observación de nuestro comportamiento y realizar una comparación entre el resultado real con lo que se había planificado.

En conclusión, para resolver los problemas es esencial afrontarlos con una actitud positiva; no hay que verlos como amenazas, sino como retos o desafíos que aún a pesar de que pueden poner a prueba nuestras capacidades, también nos permiten evolucionar y desarrollar nuestras habilidades. A partir de la aplicación de estas estrategias y técnicas de intervención lo que se pretende alcanzar es:

- Adquirir mayor conocimiento de los estresores laborales para controlarlos
- Adquirir mayor autoconocimiento y control sobre cómo interpretar el medio.
- Interpretar un menor número de situaciones como desgastantes.
- Evaluar adecuadamente los recursos propios para hacer frente a la situación.
- Saber solucionar problemas de forma más adaptativa.
- Disminución del nivel de tensión muscular.
- Facilitar descanso y sueño para combatir y hacer frente a la fatiga.
- Reducir la fatiga en el trabajo y aumentar el rendimiento y la productividad.
- Aprender a usar el apoyo social y las diferentes estrategias de afrontamiento como amortiguadores de los efectos del desgaste laboral.
- Reducir la evitación a situaciones conflictivas.
- Reducir el impacto de la Ira ante situaciones de frustración.

Capítulo 5: Metodología de la investigación

5.1 Planteamiento del Problema.

El síndrome de burnout es la respuesta al estrés laboral crónico, se caracteriza porque los profesionales consideran que su habilidad para realizar su trabajo no es adecuada y tienen dificultades para relacionarse con las personas a las que atienden, se sienten emocionalmente agotados, desarrollan sentimientos negativos y actitudes de desconfianza, deshonestos o quisquillosos, con comentarios casi siempre negativos hacia las personas que atienden, por lo que son vistos de manera deshumanizada debido al endurecimiento afectivo del profesional. (Seanon J.L. 2001)

Los profesionales que laboran en instituciones de salud generalmente tienen trato frecuente con pacientes que se centran en sus problemas, y están cargados con sentimientos de, miedo, ira, vergüenza o desesperación, la solución a estos problemas no siempre es fácil, añaden ambigüedad y frustración, genera estrés crónico que puede ser el emocionalmente agotador y con probable riesgo de burnout. (Maslach 1981)

El síndrome de burnout es común en la práctica médica, repercute significativamente en el desempeño laboral del personal de salud, por lo que identificarlo de manera temprana y oportuna debe ser prioritario en las instituciones para la atención médica. (Carillo et al 2012)

En los estudios realizados en el mundo, la prevalencia reportada oscila de 2.5 a 66.5% la más alta, se encontró en China con 66.5% (303 de 457) seguido de Francia con 46.5% (455 de 978) y las más bajas fueron encontradas en Perú con 3.85% (438 de 11,530) y el Salvador con 2.5% (288 de 11,530). (Raix A. Mignee 2001)

En México, la prevalencia entre el personal médico va del 4% a 44%, los estados donde se han reportado las cifras más altas son Jalisco, seguido por la Ciudad de México, con el 44% y 40% respectivamente. (Juarez et al 2014)

En el estado de Guerrero, no se cuentan con publicaciones realizadas en Médicos sobre este tema, encontramos un estudio realizado a maestros de educación básica del Municipio de Acapulco, la prevalencia obtenida en este estudio fue de 17.6% y los factores asociados que alcanzaron significancia estadística fueron no contar con apoyo del supervisor y de los compañeros.(Starrin et al 1990) Las escalas de resultados o los puntos de corte utilizados para indicar la prevalencia del agotamiento medido con el MBI tienen un amplio rango. Se ha trabajado mucho con el MBI, tanto conceptualizando como midiendo, sin embargo, debe usarse de manera uniforme, con una evaluación de las tres subescalas juntas. (Diaz-Bambula F 2010)

El síndrome de Burnout, es un problema de salud en aumento en el entorno médico, que en ocasiones pudiera pasar desapercibido, no se cuenta con estudios realizados propiamente en el estado de Guerrero, es por eso que el estudio de investigación a realizar estimara la prevalencia de médicos especialistas adscritos al Hospital General de Renacimiento, Dr. Donato G. Alarcón HGR, que padecen este síndrome, y sus factores asociados, para a su vez crear un plan de acción para la disminución de este padecimiento. Por lo que surge como pregunta de investigación en este trabajo:

5.2.Pregunta de investigación.-

¿Cuál es la prevalencia de Síndrome de Burnout y que factores están asociados en los médicos residentes del Hospital General de Renacimiento, Dr. Donato G. Alarcón?

5.3.Justificación.-

El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo para aquellos que lo padecen, repercutiendo potencialmente en el desempeño laboral y la calidad de atención brindada a los usuarios correspondientes, (Pereda et al 2009) este tema ha sido estudiado en diversas partes del

mundo y en distintos lugares de la República Mexicana, pero ha sido ignorado para nuestro estado, ya que no se encuentran estudios publicados que brinden un panorama actual de la situación que este problema representa.

Este tema debe considerarse con prioridad, para el país, y de forma puntual por nuestro estado, porque al detectarlo y darle tratamiento de forma oportuna el empleado trabajará de forma más eficiente y mejorará la atención que brinda a los pacientes.

Por lo que esta Investigación nos permite conocer la prevalencia de médicos que padecen síndrome de burnout y como intervienen los factores asociados a este problema, a nivel personal, profesional y social.

Al conocer estos datos se verá beneficiada la institución, ya que al detectar e implementar medidas para tratar y evitar el síndrome de burnout, mejorara el desempeño y rendimiento laboral de sus empleados, en este caso los médicos especialistas, por lo que a su vez, serán beneficiados sus derechohabientes, mejorando la funcionalidad, eficiencia y eficacia de la institución.

Los resultados de este estudio se formalizarán al concluirlo, mediante la realización de la publicación de un artículo, además de participar en la exposición de resultados en distintos foros académicos de interés estatal y nacional.

Se integrara un informe técnico a la institución en la que se realizó el estudio, para presentar los resultados en una sesión de hospital.

Con los resultados obtenidos se **podrán implementar estrategias de apoyo directo** a los médicos que laboran en esta institución a nivel personal, familiar y profesional, mejorando su estado de salud, sus relaciones interpersonales y familiares, y mejorando la atención que brindan a los pacientes; a su vez se ayudara directamente a los usuarios y/o pacientes, y a familiares que acompañan, disminuyendo un gran número de

denuncias o quejas respecto a la atención que reciben en esta institución e incluso mejorando el estado anímico de estos.

5.4.Hipótesis.-

El agotamiento profesional relacionado con el Síndrome de Desgaste Profesional se presenta en un 10% del personal médico en formación de especialidades (Residentes médicos) del Hospital General “Dr. Donato G. Alarcón” y predominantemente se afecta el dominio Cansancio Emocional

5.5. Objetivos.-

5.5.1 Primario:

- Determinar la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (SDP) en los médicos residentes de especialidades médicas, así como los factores asociados para su aparición.

5.5.2 Secundarios:

- Revisar el dominio de la escala de Maslach más afectado en la población de estudio
- Analizar si existe una relación entre la carga de trabajo y el SDP
- Determinar si existe una asociación entre el grado de responsabilidad y el SDP.

5.6. Material y métodos.-

5.6.1 Diseño del Estudio.

Es un estudio observacional de tipo transversal, prospectivo, por medio de una encuesta.

Variable Dependiente:

Síndrome de Desgaste Profesional. Variable Cualitativa Nominal, Dicotómica

Variables Independientes:

Tipo de especialidad, grado, sexo, edad, religión, año de especialidad, estado civil, ingreso mensual, toxicomanías, comorbilidad, Inducción al puesto, sexualidad,

5.6.2. Material (Sujetos)

5.6.2.1 Población objetivo:

Residentes de todas las especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas.

5.6.2.2 Población elegible:

Residentes que se encuentren cursando en el hospital General Dr. Donato G. Alarcón.

5.6.3 Criterios de selección

5.6.3.1 Criterios de inclusión:

- a. residentes del Hospital General Dr. Donato G. Alarcón
- b. residentes de 1er, 2do, 3er y 4to año
- c. hombres y mujeres

5.6.3.2 Criterios de exclusión:

- a) que no acepten participar en el estudio
- b) Residentes que se encuentren comisionados

5.6.3.3 Criterios de eliminación:

- a) Se eliminarán los cuestionarios de los médicos que no completen en su totalidad el cuestionario.

5.6.4 Definición operacional de la variable de resultado.

Variable resultado: Médico especialista con síndrome de burnout.

Definición operacional: se considerará caso de síndrome de burnout, al médico especialista que obtenga 61 puntos o más de respuesta en el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

5.6.5 Instrumento de Medición:

El cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) está constituido por 22 preguntas, en una escala de tipo Likert de seis grados (0= nunca, 1= pocas veces al año, 2= una vez al mes, 3= pocas veces al mes, 4= una vez a la semana, 5= pocas veces a la semana, 6= todos los días), que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes midiendo los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, despersonalización y falta de realización personal.

El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome, ya sea leve, moderado o severo. Cuando los casos son más severos las puntuaciones son más altas en agotamiento emocional y despersonalización y bajo en la realización personal. (Carlos A. 2004)

Además se realizará la aplicación de un cuestionario de formulación propia, conformado por preguntas abiertas y cerradas, en las que se incluyen factores

como edad, sexo, estado civil, número de hijos, si padecen alguna enfermedad crónica, si realizan ejercicio, la antigüedad en la institución en la que laboran, número de empleos, guardia extra, turno de trabajo, baja laboral en el último año y especialidad.

Se realizarán las pruebas piloto necesarias, con el permiso de las autoridades correspondientes en algún hospital de segundo nivel a convenir.

Se aplicara el inventario de Maslach Burnout y el cuestionario de formulación propia, con la finalidad de verificar la comprensión de las preguntas y si se obtienen respuestas apropiadas para su análisis, también se estimará el tiempo y los costos al llevar a cabo la aplicación de los instrumentos.

5.6.6 Recolección, captación y análisis de datos.

Se capacitará a dos auxiliares, pasantes de la carrera de medicina, para la recolección de la información, se les capacitará sobre los objetivos del estudio, aplicación y contenido del cuestionario, solicitud del consentimiento informado e importancia de no tener datos faltantes.

La forma de aplicación del cuestionario se realizará cara a cara, con el consentimiento por escrito de las autoridades competentes de la institución a trabajar y de forma verbal a los médicos participantes.

Los auxiliares para este estudio, serán los encargados de dar a conocer de forma clara y verbal el consentimiento para la realización de las encuestas y el procedimiento para realizarlas, y una vez concluidas agradecerán la participación de los involucrados.

La aplicación de los cuestionarios se realizará por los servicios en los que se divide al hospital, cada auxiliar se encargará de un servicio a la vez, para lo cual se le otorgara

un listado de los médicos que operan por servicio para evitar cuestionarios faltantes y/o repetidos.

Se trabajará de acuerdo a los horarios en los que se labora en el hospital, alternando las guardias nocturnas para cubrir el 100% de la población.

Se realizara una doble captura de datos para minimizar errores de digitación en el software de dominio público Epi-info. (Starrin et al 1990).

5.6.7 Método:

A la población elegible se les aplicará el Inventario de Malasch el MBI, el cual consta de los ítems que más adelante se presentan.

Deberá ser contestado en 10 a 15 minutos; con un máximo de hasta 30 minutos y mide los tres aspectos del síndrome de desgaste profesional (cansancio emocional, despersonalización y realización personal).

El puntaje para cansancio emocional es de menos de 18 no se encuentra afectado, entre 19 y 35 presenta un grado de afectación moderado y 36 o por arriba de este presenta cansancio emocional. Con respecto a la despersonalización de 10 o menos no está afectado, de 11 a 20 esta moderadamente afectado y de 21 a 30 se encuentra afectado y por último en cuanto a lo referente al puntaje de realización personal 16 o menor a este se encuentra afectado de 17 a 32 moderadamente afectado y de 33 a 48 no está afectado.

- El inventario consta de los siguientes cuestionamientos: (ver anexo 3)

01.- me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

02.- me siento cansado al final de la jornada de trabajo

03.- me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.

04.- comprendo fácilmente como se sienten los pacientes /clientes

- 05.- trato algunos pacientes/ clientes como si fueran objetos impersonales
- 06.- trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
- 07.- trato muy eficazmente los problemas de los pacientes /clientes
- 08.- me siento “quemado “o “desgastado” por mi trabajo
- 09.- creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas
- 10.- me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión /tarea
- 11.- me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente
- 12.- me siento muy activo
- 13.- me siento frustrado en mi trabajo
- 14.- creo que estoy trabajando demasiado
- 15.- realmente no me preocupa que le ocurra a mis pacientes /clientes
- 16.- trabajar directamente con personas me produce estrés
- 17.- puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes /clientes
- 18.- me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes
- 19.- he conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea
- 20.- me siento acabado
- 21.- en mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma
- 22.- siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas.

- Los cuáles se contestarán con las siguientes opciones:

- a.- 0 = nunca
- b.- 1 = pocas veces al año o menos
- c.- 2 = una vez al mes o menos
- d.- 3 = unas pocas veces al mes o menos
- e.- 4 = una vez a la semana
- f.- 5 = pocas veces a la semana

g.- 6 = todos los días

Además constará de un complemento de preguntas de elaboración propia en la que se llenarán con los siguientes datos socio-demográficos y laborales: (Ver anexo 2)

a) Nombre

b) Sexo

c) Edad

d) Religión

e) Año de especialidad

f) Plan de guardias actuales

g) Estado civil

h) Ingresos mensuales

i) Consume alcohol ¿Cuántas veces a la semana o al mes?

j) Fuma ¿cuántos cigarrillos al día?

k) padece alguna enfermedad (favor de especificar) y tratamiento actual

l) se le especificaron cuales eran sus derechos y obligaciones desde el inicio de su residencia (si o no)

m) se cumplieron estas normas o se modificaron en el transcurso de sus diferentes años de residencia.

n) cuantas veces a la semana tiene relaciones sexuales completas

ñ) consume alguna droga (favor de especificar y cuantas veces al mes o a la semana)

o) sale de guardia (si o no)

p) año de residencia que actualmente cursa.

5.7. Consideraciones Éticas.

El protocolo de investigación será evaluado por el Comité de Investigación y Ética del Hospital en el que se lleve a cabo el estudio. Se realizara el permiso por escrito correspondiente, el cual será solicitado a la institución de salud. Se entregara un consentimiento informado por escrito a cada uno de los participantes del estudio, se les solicitara su participación voluntaria, garantizando la confidencialidad de datos personales, así como la libertad de aceptar o rechazar el participar en esta investigación, sin que esto repercuta en su actividad laboral. La encuesta será contestada de forma personal y privada.

Para la obtención de conocimientos médicos y el avance de la ciencia tanto en diagnóstico como tratamiento de enfermedades se requiere de la investigación científica que en muchas ocasiones requiere de la experimentación en sujetos humanos. Dicha experimentación debe realizarse con apego a principios éticos que protegen a los sujetos que participen en estudios científicos.

Los principios se han publicado en diversas declaraciones y consensos mundiales, uno de los más importantes es la Declaración originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia y que se ha sometido a múltiples revisiones y clarificaciones.

La Declaración de Helsinki es un documento que auto-regula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes.

El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contras, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.

Para que un sujeto participe de un estudio debe obtenerse un consentimiento informado, el cual es un documento donde el sujeto acepta participar una vez que se le

han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida.

Otro precepto de la Declaración es que el bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad.

Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo.

Principios operativos de la Declaración de Helsinki es que la investigación se debe basar en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11), una cuidadosa evaluación de los riesgos y beneficios (Artículos 16 y 17), una probabilidad razonable que la población estudiada obtenga un beneficio (Artículo 19) y que sea conducida y manejada por investigadores expertos (Artículo 15) usando protocolos aprobados y sujetos a una revisión ética independiente.

Cuando se encuentre en estudio un método de diagnóstico o tratamiento novedoso, éste deberá compararse siempre contra el mejor método disponible, de no haberlo está justificado el uso de placebo, que son sustancias sin actividad en el cuerpo humano cuyo uso sólo se justifica si no existen un tratamiento probado (Artículo 29).

Conclusión.-

La conclusión de este trabajo es que es importante saber las condiciones en las que se encuentran los residentes en cuanto a sus propias expectativas en el transcurso en que desarrollan su proceso de formación ya que esto va a permitir que tengan un mejor desempeño en general, así como de esta manera se logrará que el paciente tenga una mejor atención, para lograr un mejor funcionamiento en general de la institución y así poder lograr mejores programas académicos en cuanto a práctica y de conocimientos sin que estos interfieran en los funcionamientos globales, ya que las partes administrativas de las instituciones tienen muy claro sus planteamientos de trabajo situación que en muchas ocasiones no logran una adecuada comunicación con su cuerpo operativo, en este caso con sus equipos médicos logrando inconformidad y desacuerdo por lo que el trabajo en muchas ocasiones se vuelve tedioso y solamente se viene a cumplir lo establecido, que en muchas ocasiones se modifica con el paso de los años en formación por los mismos cambios que se dan a nivel institucional.

El tener presente la existencia de este problema en los hospitales también les permitirá a las autoridades el desarrollo de mejores planes para lograr un mejor desempeño de la institución en general y especialmente por todas las implicaciones a niveles personales que se pueden presentar, ya que este es un problema que no solamente afecta a los médicos en formación a si no a toda persona que está implicada en trato con otras personas .

Referencias Bibliográficas

- Agostini C. (2013). *Médicos rurales y medicina social en el México posrevolucionario*. México D.F. Historia Mexicana. Vol. 63, Núm. 2 (250).
- Agudelo, R., Guerrero, J. (1973). *El sistema psicológico de B. F. Skinner*. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol. 5, núm. 2, pp. 191-216 Fundación Universitaria Konrad Lorenz Bogotá, Colombia
- Alamoc (2012) *Terapia de Exposición: Innovaciones desde la investigación experimental básica y aplicada*. Centro de terapia cognitivo conductual y ciencias del comportamiento. Perú. Recuperado de:
http://www.cognitivoconductual.org/contenidos-speciales/terapia_de_exposicion_doc.pdf
- Álvarez Souza A. (1996), *El constructivismo estructuralista. La teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu*. Reis.
- Álvarez-Cordero R. (2010). *La inauguración del Hospital General de México*. México D.F. Rev Facultad de Medicina UNAM.
- Arenas Monreal, M. L. (2003). *El Autocuidado en los Profesionales de la Salud*, tesis de doctorado, México D.F. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
- Arenas Osuna J. (2006), *Estrés en Médicos Residentes en una unidad de atención médica de tercer nivel*; revista electrónica Cirujano general vol. 28, N°2, 2006, (pp.103-109) disponible en:<http://www.medigraphic.com/pdfs/cirgen/cg-2006/cg062h.pdf>
- Arias P. (1998). *Estrés y procesos de enfermedad*. Buenos aires, Argentina. Biblos, Pp. 11-33, 45-68, 71-94.

- Arias, C. F. (2011). *Jornadas de trabajo extenso y guardias nocturnas de médicos residentes. Consecuencias para la salud y afrontamiento*, Fundamentos en Humanidades. Quilmes Argentina. Universidad de San Luis, Argentina.
- Atance Martínez, J.C. (1997). *Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario*. Revista Española de Salud Pública. Consultado en Internet en: <http://www.msc.es/salud/epidemiología/resp/199703/burnout.htm>
- Bados y García (2010) *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universidad de Barcelona. España. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/12302/1/Reestructuraci%C3%B3n.pdf>
- Bados y García (2011) *Técnicas de Exposición*. Universidad de Barcelona. Facultad de Psicología. España. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445>
- Becoña, E. (1996). *Técnicas de solución de problemas*. En F.J. Labrador, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 710-743). Madrid: Pirámide
- Brenninkmeijer V. Van Yperen. Nico W, Bram P. (2001). *Burnout y depresión no son idénticas, Diferencias personales e individuales*. Revista Europea de Salud Mental, Vol. 30, pp. 873-880
- Brewen, T., Metsch, L., y Zenilman, J. (2002). *Use of a public sexually transmitted disease clinic by now HIV positive adults: decreased self-report risk behavior and increased disease incidence*. Journal of acquired immune deficiency syndromes , 29(3),289-94.
- Bruchon Schweitzer M. (1998). *Psicología de la salud*. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. E-37, Vol. 20, p.p. 032 A 30.

- Buchner D.M., Cress M.E., Lateur B.J.D., Esselman P.C., Margherita A.J., Price R. y Wagner E.H. (1997). *El efecto del entrenamiento de la fuerza, la resistencia y equilibrio, riesgo de caída y uso de servicios de salud y vida comunitaria en adultos mayores*. J Gerontol Vol 52.
- Buendía J., Ramos F.(1999). *Empleo, estrés y salud*. Colección Psicología. México. Ediciones Pirámide. 1999. Pp. 33-41, 59-63.
- Bustamante M.E. (1934). *La coordinación de los servicios sanitarios federales y locales como factor de progreso higiénico en México*. Gac. Med. Mex.
- Butterfield P. S. (1988) *The stress of residency*. Arch. Intern. Med. Vol.148. p.p. 1428-1435.
- Caballo, V. (1988). *Teoría, evolución y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro
- Cabezas Peña C. (1998). *Síndrome de desgaste profesional, estrés laboral y calidad de vida profesional*. Hospital De Llobregat. Barcelona. Consultado en: [Http://www/formació/mrevista.fulltext%3Fpident%3D4766%26desde%3Dlos](http://www/formació/mrevista.fulltext%3Fpident%3D4766%26desde%3Dlos)
m
- Cairo H. (2012) *Burnout: un síndrome cada vez más expandido*. Consultado en Internet en pubmed. <http://www.mujeresdeempresa.com/burnout-o-estres-laboral-un-sindrome-cada-vez-mas-expandido/>
- Carlos A. (2004). “*Síndrome De Burnout*”. Plataforma 10 Minutos. Disponible en: [Http://Www.Diezminutos.Org/Documentos/Burnout/Medir.Html](http://Www.Diezminutos.Org/Documentos/Burnout/Medir.Html) . Recuperado el 12 de Mayo del 2011
- Carrillo – Esper R, Gómez Hernández K, Espinoza de los Monteros – Estrada I. (2012) *Síndrome de Burnout en la Práctica médica*. Med Int mex.; Volumen 28(6): 579-584.

- Carrillo A.M. (2002). *Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud. Perspectiva histórica de atención a la salud en México*. México, D.F. Universidad Nacional Autónoma de México, Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*. Journal of personality and social psychology, 53, 267- 283.
- CDC (2008). *Exposición al estrés: Riesgos ocupacionales en los hospitales*. 2008 (136). Atlanta:NIOSH. Recuperado el 01 de Febrero del 2017 de:
https://www.cdc.gov/spanish/NIOSH/DOCS/2008-136_SP/
- Collier Virginia U. et.al. (Marzo 2002). *Stress in medical residency: status quo after a decade of reform*. Ann Med Med. Vol.136, Núm.. 5. p.p. 384-389.
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. (2018). *Sistema de Protección Social en Salud*. [Citado 7 septiembre, 2018]. Disponible en:
<https://www.gob.mx/salud/seguropopular/articulos/catalogo-universalde-servicios-de-salud-causes-2018?idiom=es>
- Daugherty Steven R. et.al. (1998) *Learning, satisfaction, and mistreatment during medical internship*. JAMA; 279.p.p. 1194-1199
- De la Rosa, M., Ramírez, C., Salas, X. y Sepúlveda, C. (1998). *Validación de un cuestionario para medir síndrome de Burnout en profesores de enseñanza media del sector municipalizado de la comuna de Viña del Mar*. Tesis para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título de Psicólogo. Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

- Díaz – Bambula F, GOMEZ C.I (2016). *La investigación sobre el Síndrome de Burnout en Latinoamérica entre 2000 y 2010*. Psicología desde el Caribe Volumen 33(1): 113- 131.
- Dolores (2015) *Estrategias y técnicas de relajación para reducir la ansiedad y el estrés a los pacientes que acuden a consulta*. Tesina de Licenciatura. UNAM. México.
- Dunham, J. (1990). *Personal, interpersonal and organizational resources for coping with stress*. En M. Cole y S. Walker. Teaching and stress, 118-134. Philadelphia: Open University Press.
- Fernández del Castillo F. (1946). *El Hospital General de México, antecedentes y evolución*. México, D.F.: Instituto para la Organización de Congresos Médicos.
- Fernández, D., (1999). *¿Qué es la educación humanista en la educación?* Disponible en www.riial.org/espacios/educom/educom_tall1ph.pdf.
- Flores L.J.A. (1994). *Síndrome de “estar quemado”*. San Salvador, Barcelona, España. Edika Med. Pp.VII-8, 14-31, 45-58, 64-67.
- Fontana D. (1992). *Control del estrés*. México. Manual Moderno. Pp. 39-52
- Freyermuth, G. (1994). *Estrés y fatiga en médicos residentes de Posgrado del Hospital General (SSA)*. Cd. Nezahualcóyotl. UAM Xochimilco.
- Friedman, M y Rosenman, R. (1959). *Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings*. Journal of the American Medical Association, Vol. 169, pp. 1286-1296.
- Galindo Menéndez, A. (2009). *Desgaste profesional o burnout*. Sociedad Española de Cuidados Pal. Consultado en: http://www.secpal.com/revista/resumen_ponencias/resuemenponencias50.htm.
- García, A. (2014) *“Propuesta para el Manejo del Estrés Laboral a través de la Terapia de relajación”*. Tesis de licenciatura. UNAM. México

- García-Ros, R., Pérez-González, F., Pérez-Blasco, J., Natividad, L.A., (2012). *Evaluación del estrés académico en estudiante de nueva incorporación a la Universidad*. Revista Latinoamericana de Psicología, 44(2), 143-154.
- Gavino, A. (1997). *Técnicas de Terapia de Conducta*. Editorial Martínez Roca, Barcelona.
- Gil Monte, Peiro. R. (2002). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención*. Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones, Madrid, España. vol. 19, núm. 2, pp. 181-197
- Gil-Montes, P., Peiro, J. (2001). *Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout), aproximaciones teóricas para su explicación y recomendación para la intervención*. Disponible: <http://www.psicologíacientífica.com>. Recuperado el 25 de Septiembre del 2016.
- Goleman D. (2001). *Inteligencia Emocional*. España. Editorial Kairós. Pp. 80-128
- González M. G., Luzuriaga, L.S. (2013). *Estudio analítico de las variables sociodemográficas y laborales, trastornos emocionales y perfiles de personalidad en médicos tratantes y residentes con síndrome de Burnout que trabajan en el Hospital Carlos Andrade Marín en el periodo de Diciembre del 2012 y Marzo del 2013*. Quito Ecuador. (Tesis de Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica del Ecuador).
- González R., González J.F. (1998). *Prevalencia del síndrome de burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria*. Atención Primaria.; 22: número.9, p.p. 580-584
- González-Ávila, G., Bello-Villalobos, H. (2014). *Efecto del estrés laboral en el aprovechamiento académico de médicos residentes de Oncología*. Revista

Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 52(4), 468-473. Artículo recuperado el 22 de septiembre del 2016: Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745483023>

Guerra (2005) *La Solución de Problemas*. Instituto Cognitivo Conductual. Tomado de:

http://portal.uc3m.es/portal/page/portal/cultura_y_deporte/orientacion/orientacion/bienestar_emocional/gestion_emociones/Soluci%F3n%20de%20problemas.PDF

Guevara C. (2002) *Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes hospital universitario del valle*, Colombia Médica. 2004. Vol.35. No.4. p.p. 173-178.

Guthrie. E, Black D. (2000) *Enfermedad psiquiátrica, estrés y aniquilamiento*. Avances en Psiquiatría. p.p. 25-30

Hasselkus Sánchez, G. (2019). *Una anamnesis Antropológica. ¿Cómo significan y cuidan su propia salud mental los residentes?*, CIESAS.

Hawes C. L. (2002) *Who is sicker: patients-or residents? Resident's distress and the care of patients*. Ann Int Med. Vol. 136. Número 5. P.p. 391-393

Hernández, M. (2014). *La función del juego en el ambiente hospitalario*. Acta Pediátrica de México. 35 (1) ,93-95.

Holmes K., Marshall V. (1987) *Prevalence of depression and distress in large sample of canadian residentes, interns, and fellows*. Am. J. Psychiatry. Diciembre. p.p.1561-1566

Jacobson E. (1938), *Progresive Relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.

- Juarez-Garcia A, Álvaro J I, Camacho Ávila A, Plasencia Reyes O. *Síndrome de Burnout en población mexicana: (2014) Una revisión sistemática. Salud Mental, Volumen (37), No. 2: 159-176.*
- Kazet, R. (2009). *Los estudios de casos y el problema de la selección de la muestra: aportes del sistema de matrices de datos. Subjetividad y procesos cognitivos, 13(1), 71-89.*
- Lara-Bayón J, de la Cruz-Arana J.C. Bustamante M.E. (2016). *Un pilar de la salud pública moderna en México. México, D.F.: Fundación Carlos Slim, Sociedad Mexicana de Salud Pública, Clío.*
- Lazarus y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and coping. Nueva York, Springer Publishing company.*
- Levi, M. Frankenhaeuser, B. Gardell. (2000). *The characteristics of the workplace and the nature of its social demands. En: Wolf, S. y Finestone, A. J. Occupational Stress and Performance at Work.*
- López (2012) *Una propuesta terapéutica bajo la terapia cognitivo – conductual para mejorar la calidad de vida de los niños precoces de madres adolescentes. Tesis de licenciatura. Universidad Alzate de Ozumba.*
- López, A., Iriondo, O. (2019). *Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. Revista Clínica Contemporánea. Vol. 10, pp.1-19*
- Mantilla C. L., y Chahín Pinzón I. D. (2006-2007). *Habilidades para la Vida. Manual para aprenderlas y enseñarlas. Fundación Edex.*
- Martínez Cosío M. H. (2015) *Tesina, Síndrome de Burnout en el personal de una institución pública, Tesina de licenciatura. UNAM. México*
- Maslach C, Jackson SE. (1981). *The measurement of experienced burnout. Journal of occupational Behavior. Vol. (2) 99-113.*

- McCue J. D. (1991) *A stress management workshop improves resident coping skills*. Arch. Intern. Med. Vol. 151. Nov. p.p. 2273-2277
- Meichenbaum (2009) *Programa Auto aplicado para el control de la ansiedad ante los exámenes*. Universidad de Almería. España. Recuperado de: [//www.ual.es/Universidad/GabPrensa/control_examenes/pdfs/capitulo06.PDF](http://www.ual.es/Universidad/GabPrensa/control_examenes/pdfs/capitulo06.PDF).
- Mena Angelito FZ. (2014) *Factores asociados al síndrome de quemarse por el trabajo en docentes de educación básica en Acapulco, México: estudio transversal*. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Guerrero.
- Méndez, O. y Moreno E. (1998) *Técnicas de reestructuración cognitiva*. En J. Olivares y F.X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-442). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Mingote JC. (Octubre 1998). *Síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional*. Consultado por Internet en actualizaciones de formación médica continua en DOYMA. <https://www.fmc.es/es-sindrome-burnout-o-sindrome-desgaste-articulo-4767>.
- Montserrat, A. (2015). *Propuesta de un taller para la prevención de burnout mediante técnicas cognitivo – conductuales*. Tesis de Licenciatura. UNAM. México.
- Moreno, J. (2005) *Guía de relajación muscular profunda*. Clínica Moreno. Página 5 y Tomado de: <https://www.ansede.com>.
- OMS (2004). *La Organización del trabajo y el estrés*. Serie protección de la salud de los trabajadores no. 3, Reino Unido: Universidad de Nottinham,
- OPS (2016), *Estrés laboral es una carga para los individuos, los trabajadores y las sociedades. Estrés, un reto colectivo para todos*. Paho. Recuperado el 01 de Febrero del 2017 de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_

content&view=article&id=11973% 3Aworkplace-stress-takes-a-toll-on-
individuals-employers- and.societies/Itemid=135&lang=es

Palacios M.E., Morán Álvarez, I.C. y Paz R.M. (2014) *Validación del inventario de Wolfgang en médicos mexicanos. Medición del estrés laboral en hospitales.* Revista electrónica, revista mexicana de salud del trabajo (REMESAT). Disponible en <http://www.imbiomed.com.mx>.

Pando Moreno M. et. Al. (1986). *Prevalencia del estrés y el síndrome del quemado en los trabajadores de la salud en cd. Guaymas, Venezuela.* Consultado en Internet en: <http://www.stps.gob.mx/312/publicaciones/doc206.htm>

Pastor, M., Marín, J. R., y López Roig, S. (1993). *Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad* [Versión electrónica]. *Psicothema* , 5, 349-372.

Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). *The structure of coping.* *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21

Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). *The structure of coping.* *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21

Pereda Torales L, Márquez Celedonio FG, Hoyos Vásquez MT, (2009). *Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico.* *Salud mental.* Volumen (32)5: 399-404.

Pines, A. y Aronson, E. (1983). *Career Burnout. Causes and Cures.* New York: The Free Press.

Potter B. A. Mendoza A. (1990). *Estrés y rendimiento en el trabajo.* Manuales didácticos de administración. México. Editorial Trillas. 1990 Pp. 45-73.

Prado (2005) *Relajación progresiva de tensión / distensión (t / d) de Jacobson.* *Relajación creativa integral.* Cap. 10. Tomado de: www.creatividadcursos.com/moodle/file.../Relajacion_progresiva.pdf

- Pulido, R., Sampedro, S. (2004) *Proyecto de grado, Factores asociados a la percepción de estrés en estudiantes universitarios de diferentes facultades de dos universidades de Bogotá*. Universidad de La Sabana.
- Raix A; Migneé C. (2001). *Psicopatología del trabajo y del desempleo*. Enciclopedia Médico-Quirúrgica. E-37. 886 A 10.
- Reigal y Videra (2011). *Efectos de la técnica de relajación de Schultz en el control de las pulsaciones tras un esfuerzo aeróbico*. Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital. Buenos Aires. Página 3. Tomado de: <http://www.efdeportes.com/efd160/la-relajacion-en-el-control-de-las-pulsaciones.htm>
- Rojo J.E., Costa E. (1997) *interconsulta psiquiátrica* Ed. Masson. 1era. Edición en. Barcelona, España. P.p. 581 - 590
- Rosales J. Gallardo R., y CONDE, J. M. (2005), *Prevalencia de episodio depresivo en los médicos residentes del Hospital Juárez de México*. México D.F. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas.
- Sánchez, J., Rosa, A. y Olivares, J. (1999). "*Las técnicas cognitivo conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española*." *Psicothema*, 11(3), pp. 641-654.
- Sandin, B., (2003). *El Estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. *Journal Clinical Health Psychology*, vol. 42, pp. 131-146.
- Schaufeli, W. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological Organizational Causes and Interventions*. 17-32.
- Schaufeli, W., Leiter, M., Maslach, C., & Jackson, S. (1996). *Maslach Burnout Inventory general survey*. Test Manual, Consulting Psychologists Press .

- Schaufeli, W., y Salanova, M. (2005). *Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición*. Retrieved 5 1, 2015, de Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo: <http://www.insht.es/>
- Schaufeli, A. (2005). *Intervenciones sobre el síndrome del burnout*. Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales", 61-75.
- Schwab, R.L., Jackson, S.E. y Schuler R.S. (1986). *Educator burn-out: sources and consequences*. Educational Research Quaterly, 10, 14-30.
- Schwartzmann L. (2004) *Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿estamos hablando de lo mismo?* Ciencia y Trabajo. Año 6. Número 14. Octubre - diciembre. P.p. 174-184.
- Seanon J.L. (2001). *Mecanismos de adaptación al estrés*. Enciclopedia Médico-Quirúrgica E-7. P.p.400 a 20.
- Singh S., Mishra S. (1998) *Resaerch related Burn-out among faculty in higter education*. Psychological Reports.
- Skelton D. A. y Beyer N. (2002) *Ejercicios de prevención de lesiones para personas mayores*. Scand J Med Sci Sports.
- Smith Jay W. et.al. (1986); *Emotional impairment in internal medicine house staff*. JAMA. 255. p.p. 1155-1158
- Solar, X. (2001). *Estrés laboral y Burnout en los Servicios de Salud*. Chile: UNESCO HIVand Health Education Clearing house. Recuperado el 31 de enero del 2017 de: <http://www.redsalud.gov.cl/archivos/vih/vih2007/Consejeria/estresyburnout.pdf>.
- SSA (2013) *Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA3-2012, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas*. DIARIO OFICIAL, Primera sección, pp. 58-69. Disponible en: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&v>

- Starrin, B., Larsson, G., y Styrborn, S. (1990). *A review and critique of psychological approaches to the burnout phenomenon*. Scandinavian journal of caring sciences, 4(2), pp. 83–91.
- Thomas N. K. (diciembre 15, 2004). *Resident burnout*. JAMA. Vol.292, No. 23. P.p. 2880-2889.
- UNESCO (1990). *Sobre el futuro de la educación hacia el año 2000*, Madrid; Narcea Ediciones.
- Velarde, E., y Ávila, C. (2002). *Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida*. Revista de Salud Pública. Vol. 44, pp. 448-463.
- Velásquez-Días G. (1991). *Salud y enfermedad en el medio rural de México*. México, D.F. Secretaría de Salud.
- Wilhelm K., Diamond M, Williams A. (2003). *Prevención y tratamiento de la disfunción en los médicos*. Avances en Psiquiatría. P.p. 17-24
- Yao D. C, Wright Scout M. (2000) *National survey of internal medicine residency program directors regarding problem residents*. JAMA. 284. p.p. 1099-1104
- Zapata C. (1994). *Excelencia en el manejo del estrés*. México. Edamex.Pp.33-43, 85-93.

Anexos.-

Anexo 1

**Carta Consentimiento del Cuestionario de Maslach
Burnout Inventory**

Estimado Señor o Señora:

Al contestar este formulario usted estará participando en una investigación acerca del Síndrome de Burnout, la información que usted entregue será utilizada sólo para fines de la investigación.

Los antecedentes personales no serán revelados y los datos serán anónimos y confidenciales, tenga especial cuidado en contestar la totalidad de las preguntas.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Nombre Completo y Firma

Anexo 2:

Cuestionario de factores asociados a síndrome de burnout

Este es un cuestionario sobre Síndrome de desgaste profesional. Por favor conteste ANÓNIMAMENTE las siguientes preguntas con honestidad. Si no desea participar regrese el formato sin rayar. GRACIAS.

- a) Sexo _____
- b) Edad _____
- c) Religión _____
- d) Año de especialidad _____
- e) Plan de guardias actuales _____
- f) Estado civil _____
- g) ¿Cuántas veces tiene relaciones sexuales por semana? _____
- h) Ingresos mensuales _____
- i) Consume alcohol no () si (); ¿Cuántas copas por semana? _____
- j) Fuma si () no (); ¿Cuántos cigarrillos al día? _____
- k) Padece alguna enfermedad si () no (); ¿Cuál? _____
- l) Está en tratamiento si () no ()
- m) Consume alguna sustancia o droga si () no (), ¿Cuál? _____
- n) ¿Cuántas veces a la semana? _____
- o) Usa usted algún medicamento o sustancia para lograr mantenerse despierto en las guardias si () no (), ¿Cuál? _____
- p) Se le especificaron cuales eran sus derechos y obligaciones desde el inicio de su Residencia si () no ()
- q) Se cumplieron estas normas o se modificaron en el transcurso de sus diferentes años de residencia si () no ()

Anexo 3:**CUESTIONARIO DE MASLACH**

Conteste a las siguientes preguntas de acuerdo con la siguiente tabla. Por favor puntúe su respuesta a la derecha de la pregunta		
0	Nunca	
1	Pocas veces al año o menos	
2	Una vez al mes o menos	
3	Unas pocas veces al mes o menos	
4	Una vez a la semana	
5	Pocas veces a la semana	
6	Todos los días	
1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Me siento cansado al final de la jornada de trabajo	
3	Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que trabajar	
4	Comprendo fácilmente como se sienten lo pacientes	
5	Trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo	
7	Trato muy eficazmente los problemas de algunos pacientes	
8	Me siento "quemado" por mi trabajo	

9	Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas	
10	Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión	
11	Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente	
12	Me siento muy activo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Creo que estoy trabajando demasiado	
15	Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes	
16	Trabajar directamente con personas me produce estrés	
17	Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes	
18	Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes	
19	He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión	
20	Me siento acabado	
21	En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma	
22	Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas	

Anexo 4:

CARTAS DESCRIPTIVAS DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Objetivos generales:

Proporcionar los conocimientos, estrategias y habilidades necesarias para afrontar y prevenir el síndrome de *Burnout*.

Al término del curso los participantes es serán capaces de:

- Reconocerá el impacto del *Burnout*, conocerán los criterios y contara con las herramientas para diseñar y realizar evaluaciones delos riesgos psicosociales y sus consecuencias con el fin de promover y diseñar condiciones psicosociales laborales adecuadas.
- Aprenderán criterios y herramientas para la promoción de condiciones psicosociales laborales adecuadas para prevenir el *Burnout*.
- Conocerán algunos criterios y herramientas para prevenir y manejar el estrés a nivel individual, grupal y organizacional.

Objetivos específicos:

Poner en marcha las principales técnicas para el control, manejo y afrontamiento del síndrome de *Burnout*.

Al término del curso los participantes serán capaces de:

- Conocer qué es el Síndrome de *Burnout*.
- Conocer los principales síntomas del síndrome.
- Identificar aquellas situaciones que actúan como desencadenantes del desgaste ocupacional.

Metodología:

Utilizará la metodología de un curso.

Cada tema se desarrollará en sesiones de dos diarias durante dos semanas. En un total de 20 horas.

Fecha, horario y lugar del curso del 08 al 19 de junio de 2015. Horario de 10:00 h a 12:00

h. Salón de Formación del Hospital. Se desarrollarán actividades tales como:

- Tormenta de ideas
- Ejercicios individuales
- Casos prácticos
- Actividades de grupo

Público al que va dirigido:

Médicos Residentes del área clínica y quirúrgica.

Escenario

Aula de Enseñanza del Hospital.

Instrumento

Cuestionario de (MBI Inventario de Burnout de Maslach)

Aspectos que evalúa son: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal.

Limitaciones:

La propuesta está enfocada a prevenir el *Burnout* en el centro de trabajo.

Sugerencias:

- Informar oportunamente a todos los participantes.
- Mantener comunicación con los directivos de la institución.

Datos Generales		
Duración	Números de sesiones	Número de participantes
Dos semanas	20 Horas	30
	Perfil de ingreso del participante	
	Trabajadores de salud.	
	Requerimientos	
	Aula ventilada con sillas y mesas Equipo de cómputo Cañón / Pantalla Pizarrón Marcadores para pizarrón Los que se señalen en cada actividad	
	Propósito del curso	
	Conocerán como prevenir y afrontar el <i>Burnout</i> .	

Tema 1: El síndrome de <i>Burnout</i> en el personal de Salud			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentarse al grupo. Entregar a cada participante una etiqueta auto-adherible y solicitar que escriban su nombre alguna forma por la cual les gusta ser llamados. 2)-Entregar un post-it y pedirles que escriban lo que esperan aprender con el curso. 3) Leer algunas aportaciones al grupo. 4) Posteriormente comente brevemente el porqué del curso, la manera de trabajo y establezca con el grupo las reglas de trabajo para la sesión.	-Realizar la presentación y la introducción del curso	-Etiquetas -Plumones -Post-it -Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	5) Introducción al curso. 6) Conceptos del Síndrome de <i>Burnout</i> . 7) Características Generales (síntomas) 8)-Aplicación de cuestionario MBI.	-Sensibilizar a los participantes en el porqué de un curso de esta naturaleza y en la responsabilidad que tienen para promover que es el <i>Burnout</i> .	-Presentación PPT	-Grupal

Tema 2: Manejo eficaz del tiempo			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1 -Explicación de temas teóricos con diapositivas y exposición oral.	- Los participantes aprenderán a administrar su tiempo y jerarquizar prioridades.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2 -Actividades y dinámicas de apoyo a la información.	-Sensibilizar a los participantes en el manejo del tiempo ya que esto ayudará a la reducción del estrés.	-Hojas blancas y plumones	-Equipos

Tema 3: Respiración y relajación			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Explicación de la técnica de respiración	- Los participantes aprenderán a utilizar la técnica en situaciones de estrés	- Presentación PPT	- Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Realización de la técnica de respiración. 3) Técnica de relajación física	- Mediante la práctica los participantes utilizarán la técnica de respiración en situaciones de estrés. - Mediante la técnica de relajación el objetivo es reducir los niveles de tensión psicológica a través de la relajación física, en situaciones de estrés.	- Instructor y participantes	- Equipos

Tema 4: Solución de problemas			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentación de la técnica de solución de problemas	Los participantes conocerán los pasos para solucionar un problema mediante la técnica.	- Presentación PPT	- Grupal
20'	RECESO			
45	2) Pasos para solucionar un problema 3) Lluvia de ideas	Con la técnica de solución de problemas se pretende ayudar a las personas en la toma de decisiones ante sus problemas habituales consistiendo en la identificación del problema, el análisis de alternativas posibles, la búsqueda de alternativas y la toma de decisiones sobre la solución más adecuada.	- Instructor y participantes - Pizarrón para lluvia de ideas	- Equipos

Tema 5: Ejercicio físico			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Explicación de los beneficios del ejercicio físico	Los participantes conocerán los beneficios que conlleva la realización de rutinas de ejercicio físico.	- Presentación PPT	- Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Realizar ejercicios, prácticos en la oficina.	- Mediante la práctica los participantes notarán el beneficio que proporciona el ejercicio y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	- Equipos

Tema 6: Pautas para mejorar el ambiente del centro.			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Explicación de la estrategia para conseguir un ambiente de trabajo sano	El objetivo de esta sesión es que el personal de salud, aprendan a lograr un mejor ambiente de trabajo en el centro.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Dinámicas, prácticos en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notaran el beneficio que proporciona el ejercicio y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	-Equipos
Tema 7: Asertividad			Tiempo: 120 minutos	

Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Términos de asertividad positiva y negativa	Los participantes conocerán los conceptos básicos de la asertividad aplicados al proceso de comunicación, con el objeto de mejorar los canales de comunicación en el ambiente laboral.	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Comportamiento asertivo, pasivo, agresivo. 3) Técnica del disco rayado 4) Banco de niebla	Los participantes conocerán diversas técnicas de asertividad El participante aprenderá a repetir el mismo argumento una y otra vez de forma paciente y tranquila sin entrar en discusiones. El participante identificará si puede estar de acuerdo en parte o de acuerdo en el principio	- Presentación PPT - Instructor y participantes	-Grupal

Tema 8: Comunicación			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
35'	1) Explicación de los componentes básicos del proceso de comunicación. 2) Comunicación verbal y no verbal	Los participantes aprenderán a mejorar las habilidades de comunicación básicas para poder aplicarlas en situaciones interpersonales conflictivas que pueden presentarse en el centro de trabajo.	-Presentación PPT	-Grupal
10'	RECESO			
25'	3) Dinámicas de Juegos de sigue allíder, y pantomimas 4) Dinámica del teléfono descompuesto	El objetivo del curso de comunicación efectiva es que, a través de su participación activa, los participantes se sensibilicen al desarrollo de actitudes de apertura, flexibilidad y asertividad en su comunicación interna y externa.	- Instructor y participantes	-Grupal

Tema 9: Estrategias dirigidas a la organización			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Presentación de medidas preventivas a nivel organizacional	Los participantes conocerán las medidas preventivas que se están tomando dentro de la organización sobre el síndrome de <i>Burnout</i>	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	2) Propuestas de medidas preventivas por parte de la organización y dinámicas en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notarán el beneficio que y que los niveles de estrés disminuyen.	- Instructor y participantes	-Equipos

Tema 10: Recomendaciones			Tiempo: 120 minutos	
Tiempo	Actividades	Objetivo	Material de apoyo	Interacción
45'	1) Practicar y dar continuidad a lo aprendido en el curso. 2) Programar fecha para aplicarnuevamente el MBI.	Los participantes cuentan con los conocimientos y las herramientas para afrontar el <i>Burnout</i>	-Presentación PPT	-Grupal
20'	RECESO			
45'	3) Dinámicas prácticas y sencillas para que se realicen en la oficina.	-Mediante la práctica los participantes notaran el beneficio que proporciona las medidas de prevención, y los beneficios que este otorga..	- Instructor y participantes	-Equipos

Anexo 5

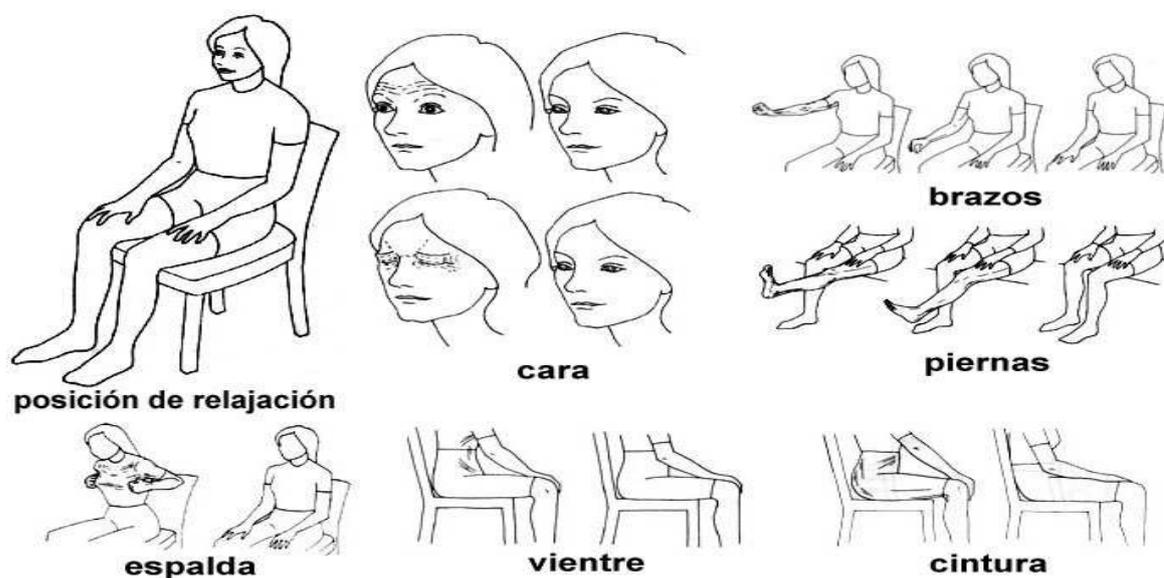
Instrucciones para lograr una correcta relajación

- Evita el consumo de cafeína y otros excitantes: El café, las bebidas de cola, el chocolate, el té, las bebidas “energéticas”, son algunos productos de consumo habitual que pueden aportar excitantes suficientes para desencadenar estados de ansiedad.
- Evita dormir poco: Dormir menos de lo habitual favorece la aparición de estados de irritación, nerviosismo y estrés.
- Evita el sedentarismo: La práctica moderada de ejercicio físico tiene un efecto beneficioso sobre los niveles de estrés y ayuda a controlar las reacciones ansiosas inmotivadas.
- No te auto mediques: Si padeces algún trastorno por ansiedad y crees que necesitas medicación, no la tomes por tu cuenta, sin consultar con tu médico. Si ya estás tomando medicación, no modifiques las dosis que estás tomando sin consultarlo previamente con tu médico. En ningún caso abandones una medicación bruscamente sin la autorización de tu médico.
- Revisa la distribución de tu tiempo: La vida no es sólo trabajar. Procura establecer un reparto equilibrado de tu tiempo entre el trabajo, la familia, los amigos y tus aficiones, dejando el tiempo suficiente para dormir. La mala distribución de los tiempos te hacemás vulnerable al estrés y predispone a sufrir estados de ansiedad. Si cambiar la distribución de tu tiempo resulta un problema en sí mismo, tal vez sea necesario revisar tu filosofía de la vida. Cada uno otorgamos distintos valores a los principales aspectos de la vida y en ocasiones se produce un desajuste entre lo que realmente valoramos como importante y aquello a lo que dedicamos más tiempo.

- Elimina el consumo de drogas: Determinadas drogas como las anfetaminas, la cocaína y otros estimulantes producen un deterioro importante de la calidad de vida personal y familiar, además de provocar estados de ansiedad con una gran facilidad. Si consumes sustancias de este tipo es aconsejable ponerse en manos de un médico y un psicólogo especializados en drogodependencias y así reducir la dependencia física y eliminar la dependencia psicológica, que son los dos pilares fundamentales del abandono definitivo de la droga.

Anexo 6

Postura de relajación:



Siéntese tal y como aparece en la figura "postura de relajación". Cuando se encuentre cómodo/a, tense un grupo de músculos, trate de identificar donde siente mayor tensión.

Siga la secuencia siguiente:

- Tense los músculos lo más que pueda.
- Note la sensación de tensión.
- Relaje esos músculos.

Sienta la agradable sensación que se percibe al relajar esos músculos.

Por último, cuando tense una zona, debe mantener el resto del cuerpo relajado.

Empecemos por la FRENTE. Arrugue la frente todo lo que pueda. Note durante unos cinco segundos la tensión que se produce en la misma. Comience a relajarla despacio, notando cómo los músculos se van relajando y empiece a sentir la agradable sensación de falta de tensión en esos músculos. Relájelos por completo y recréese en la sensación de relajación total durante unos diez segundos como mínimo.

Seguidamente, cierre los OJOS apretándolos fuertemente. Debe sentir la tensión en cada párpado, en los bordes interior y exterior de cada ojo. Poco a poco relaje sus ojos tanto como pueda hasta dejarlos entreabiertos. Note la diferencia entre las sensaciones. Siga con la NARIZ Y LABIOS. Arrugue la nariz, relájela. Arrugue los labios, relájelos. Procure que la tensión se mantenga durante unos cinco segundos y la relajación no menos de diez.

Con el CUELLO haga lo mismo. Apriete su cuello tanto como pueda y manténgalo tenso. Vaya relajando los músculos lentamente, concentrándose en la diferencia entre tensión y relajación y deléitese en esta última.

Seguidamente, ponga su BRAZO tal y como aparece en el gráfico. Levántelo, cierre el puño cuanto pueda y ponga todo el conjunto del brazo lo más rígido posible.

Gradualmente vaya bajando el brazo destensándolo. Abra lentamente la mano y deje todo el brazo descansando sobre el muslo. Repítalo con el otro brazo.

Haga exactamente lo mismo con las PIERNAS.

Después incline su ESPALDA hacia adelante notando la tensión que se produce en la mitad de la espalda. Lleve los codos hacia atrás y tense todos los músculos que pueda.

Vuelva a llevar la espalda a su posición original y relaje los brazos sobre los muslos.

Vuelva a recrearse en la sensación de relajación durante un tiempo.

Tense fuertemente los músculos del ESTÓMAGO (los abdominales) y repita las sensaciones de tensión y relajación al distender los músculos.

Proceda de igual forma con los GLÚTEOS y los MUSLOS.

Anexo 7

Ejercicio 1: El peso (relajando los músculos)

Los músculos voluntarios son los más conocidos por nosotros mismos, y por tanto, supuestamente los que mejor controlamos. El mundo actual somete al hombre a situaciones difíciles que, en la mayoría de casos, conllevan tensiones musculares asociadas a una cierta angustia vital. Ambos elementos proporcionan un círculo vicioso, que no es fácil romper. Precisamente este ejercicio, puede conseguirlo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Dígase a sí mismo la siguiente frase, con la máxima concentración y visualizando interiormente la parte del cuerpo que vamos a trabajar:

"mi mano (ó mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6

Veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

¿Cómo salir del estado de relajación?

Tras la práctica de todos los ejercicios que componen el método, el sistema de retroceso ó salida de la relajación es siempre el mismo. Por ello, le ruego lea atentamente.

Debe efectuar el retroceso, siempre de la misma forma y con el mismo orden prefijado.

Siga los pasos que se indican (recuerdan a la forma de despertarnos cada mañana), para conseguir que la relajación sea gratificante, evitando sensaciones incómodas:

1. Flexione y extienda los brazos y piernas varias veces, vigorosamente
2. Realice varias respiraciones profundas
3. Por último, abra los ojos

Si decide practicar la relajación en la cama, antes de dormir; no es necesario revertir dicho estado y déjese llevar al sueño. Generalmente, éste será muy placentero.

¿Cuánto tiempo se recomienda practicar?

Como todo aprendizaje, requiere tiempo, perseverancia, y el deseo firme de llevarlo a cabo; en caso contrario es preferible buscar otro camino.

Se recomienda realizar el ejercicio dos ó tres veces al día, durante dos ó tres minutos.

Durante quince días, sólo realizará este ejercicio. Este es el tiempo medio de aprendizaje del mismo.

Es posible que, tras la primera semana, comience a notar peso en otras zonas de su cuerpo. Se trata del fenómeno de "generalización". No se alarme; es frecuente y normal que suceda, y significa que otros grupos musculares de su cuerpo participan de la relajación. Excelente.

Ejercicio 2: El calor (relajando los vasos sanguíneos)

Se ha demostrado que, en condiciones normales, podemos aprender a dominar el sistema vascular a través del entrenamiento autógeno. La mayor ó menor apertura de los vasos sanguíneos está regulada por el sistema nervioso, y por tanto, siguiendo las bases del método de Schultz podemos conseguir dicho objetivo.

¿Cómo se hace el ejercicio?. Una vez aprendido el ejercicio anterior, seguirla siguiente secuencia:

"mi mano (ó mi brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 Veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez "mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces.

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 3: Regulación del corazón

El corazón es el órgano más adecuado para el entrenamiento autógeno, dado la gran influencia que ejercen los factores psíquicos sobre éste, y viceversa.

Pero, ¿Qué sensaciones produce el corazón? La mayoría de las personas las desconocen, les resulta difícil hacerse a la idea de cómo es y cómo funciona, de aquí que recomendamos un pequeño truco para la realización de este ejercicio.

Es muy importante entender, que este ejercicio no consiste en disminuirla frecuencia de los latidos del corazón (no lo intente, podría ser peligroso), sino de aprender a sentirlo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

"mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez "mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces "estoy completamente tranquilo", 1 vez "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces.

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 4: Regulación de la respiración

En ocasiones la relajación interna elaborada a través de una relajación muscular, vascular y cardiaca se extiende de manera natural a la respiración. En este ejercicio, debemos dejar que la respiración se desarrolle de forma automática, sin el deseo expreso de la voluntad. Evitaremos efectuar ejercicios respiratorios voluntarios, pues la respiración tranquila y serena debe surgir automáticamente.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

"mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 Veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez "mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces "estoy completamente tranquilo", 1 vez "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces "la respiración es tranquila y automática" "algo respira en mí".

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 5: Regulación abdominal

En este caso se pretende que la persona sienta en toda la región abdominal una sensación de calor agradable, similar al que se siente en el ejercicio número dos sobre la mano. Para conseguirlo, es preciso concentrarse a unos 5-7 centímetros por encima del ombligo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

"mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez "mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces "estoy completamente tranquilo", 1 vez "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces "la respiración es tranquila", "algo respira en mí", "mi abdomen irradia calor".

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Ejercicio 6: Enfriamiento de la frente

Hasta aquí hemos conseguido una sensación similar a la de un baño sedante; es decir, todo el cuerpo descansa tranquilo, con sensación de peso, calor, y una actividad cardiorrespiratoria agradable. En estas condiciones, y ante la posibilidad de que se agolpe la sangre en la cabeza; vamos a excluir la región de la frente donde se localiza la vivencia del Yo.

¿Cómo se hace el ejercicio? Una vez aprendidos los ejercicios anteriores, seguir la siguiente secuencia:

"mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) pesa mucho", 6 veces.

"estoy completamente tranquilo", 1 vez "mi mano (brazo) derecha (izquierda, si es zurdo) está caliente", 6 veces "estoy completamente tranquilo", 1 vez "el corazón late tranquilo y normal", 6 veces "la respiración es tranquila".

Salga del estado de relajación siguiendo los pasos indicados anteriormente.

Muy importante: permanezca sólo alrededor de 3 minutos en este estado de concentración, y realice este último ejercicio con mucha precaución y sólo durante unos segundos. No es preciso mantenerse durante más tiempo; si lo hace pueden producirse molestias innecesarias y sensaciones desagradables.

Una vez dominado todos los ejercicios, no dude en ampliar el tiempo de relajación si así lo desea hasta llegar a los 20-30 minutos.

Ejercicio 7: Relajación el bosque y el mar

Colócate en una posición cómoda, si puedes tumbado en una colchoneta, con los brazos extendidos cómodamente a los lados, las piernas estiradas, con los pies ligeramente abiertos hacia fuera, con una disposición a relajarte, cierra los ojos y siente tu respiración, tranquila, en calma.

Vamos A realizar un sencillo ejercicio de relajación:

A partir de este instante vas a tomar conciencia de tu respiración no la modifique en absoluto, simplemente observa como respiras, no te identifiques con el proceso, has de realizarlo sin juicio, de igual forma en que mirarías como se mueve la llama de una vela, observando sin juzgar.

Observa tu respiración sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz.

Vas a ir visualizando una serie de objetos y colores, se te van a dar unas indicaciones básicas, pero tú puedes añadir lo que desees para que te permita mejorar la visualización sugerida.

Vas a comenzar visualizando un prado verde, del color verde que más te guste visualiza una extensión de césped verde que se extiende hasta un bosque cercano observas la hierba verde, los reflejos verdes del sol sobre la pradera, extiendes la mirada hacia el bosque y ves hojas de todos los tonos de verde posibles es relajante muy relajante, el sol se refleja en las verdes hojas de los árboles y se forma ante tus ojos una miríada de delicadas tonalidades de verde que se reflejan entre si creando un espacio tridimensional de color verde es hermoso y lo disfrutas respiro tranquilo y en calma un aire puro, lleno de oxígeno que producen los árboles del bosque, me encuentro respirando un aire puro, verde, relajante con cada respiración me relajo más y más

escucho el susurro que produce el aire al pasan entre las hojas de los árboles, es relajante, muy relajante, escucho el sonido del viento en las hojas y me relajo más y más me quedo por unos instantes observando el prado verde, los viejos árboles centenarios, sus hojas hermosas y sintiendo mi respiración.

Observa tu respiración sin modificarla, toma conciencia de que algo respira en ti, no te cuesta esfuerzo alguno respirar, respiras y te llenas de calma, respiras y te llenas de paz. A partir de este instante vas a visualizar una playa de arena dorada, es del tipo de arena que más te gusta y tiene un color bajo el sol para disfrutar observándolo me gusta esta playa la visualizo, miro hacia el horizonte y observo un mar tranquilo y azul que se desliza con suavidad hasta la orilla, donde lentamente las olas se deshacen mientras se desgrana el dulce sonido de la espuma.

Visualizo toda la playa, el mar azul la arena dorada. Me tumbo sobre la arena y resulta muy placentero absorber su calor la energía del sol acumulada en los granos de arena penetra en mi espalda y la relaja, siento ese calor acumulado y como se infiltra en mi espalda es relajante es muy agradable es una sensación deliciosa el mar azul el cielo azul sin nubes el sonido del viento en las hojas de los árboles que hay detrás de mí el calor en mi espalda el sol incide sobre mis brazos y los calienta al tiempo que se hunden pesados en la arena que los calienta Relajándose más y más el sol calienta mi pecho y mis piernas mi piernas que se hunden pesadas en la arena que las calienta, relajándose más y más. Escucho el sonido rítmico y balanceado de las olas que parecen mecerse en este mar azul tranquilo. Bajo este cielo azul precioso escucho el sonido del viento en las hojas de los árboles percibo el olor salobre del mar azul, tomo conciencia de mi cuerpo descansando relajado, más relajado.

Tomo conciencia de este estado de conciencia tranquila, relajante, llena de paz y tranquilidad y me preparo para abandonar el ejercicio.

Conservando todos los beneficios conscientes o inconscientes que me aporta.

Contamos lentamente 1, 2, 3, abro y cierro las manos lentamente tomando conciencia de las pequeñas articulaciones de los dedos tomo aire con más intensidad realizando una respiración profunda y abro los ojos, conservando el estado de relax y calma que he logrado con el presente ejercicio de relajación.

Cronograma de Actividades

ACTIVIDAD	2020						2021								
	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	
Evaluación del protocolo por el comité de Ética.															
Aplicación de prueba Piloto															
Captura de datos de Prueba Piloto															
Análisis de datos de prueba Piloto															
Aprobación de los directivos															
Capacitación de encuestadores															
Aplicación de encuestas a la población															
Doble captación de datos															
Validación y limpieza de datos															
Análisis de datos															
Interpretación de datos															
Redacción de tesis															
Discusión y conclusión de resultados															
Revisión del Escrito															
Presentación de Resultados															